



Health
Canada

Santé
Canada

STRENGTHENING THE POLICY-RESEARCH CONNECTION

ISSUE 12, SEPTEMBER 2006



Health Policy Research

Bulletin

Social Capital and Health: Maximizing the Benefits

Research has shown links between social capital and benefits in a number of fields, including health. As a result, Health Canada, as well as several other federal departments, have initiated work in the area. In response to this, the Government of Canada's Policy Research Initiative set out in 2003 to study how public policy could take social capital into account in order to maximize the benefits for Canadians.

Drawing on research on the social determinants of health and on Health Canada's initial work on social capital and health, the Public Health Agency of Canada joined forces with the Population Health Institute at the University of Ottawa in 2004 to provide the first national-level analysis of the relationship between social capital and the health of Canadians. In presenting their work, this issue of the *Health Policy Research Bulletin*:

- traces the evolution of research on the correlation between social relations and health and discusses the impacts of the social capital concept
- highlights different approaches for defining social capital, including the "network" approach that gained consensus among federal departments, and presents an analytical model for measuring the relationship between social capital and health
- describes how this model was used to analyze the 2003 *General Social Survey (GSS) on Social Engagement* and presents the results for the Canadian population as a whole and for selected subpopulations
- examines key policy and program areas where social capital is already playing a role and explores the impacts of recent research

Finally, in addressing whether governments should be involved in shaping the nature of social capital, the Bulletin points out that, to varying degrees, governments already influence the way social relationships unfold—sometimes with unintended consequences. Adopting a social capital policy perspective, therefore, means paying explicit attention to the role of social networks in attaining policy objectives, as well as anticipating the potential impacts of future policies.

In this Issue

A Role for Health Policy?

3

What is Social Capital?

6

Research Traditions

10

Developing a Network Model

13

New Findings: Vulnerable
Populations

16

Networks and Healthy Aging

21

First Nations and Inuit:
Caregiver Networks

25

Community Program
Evaluation

28

Social Capital and Trust

33

Using Complex Survey Data

37

Canada

The *Health Policy Research Bulletin* is published two to three times a year with the aim of strengthening the evidence base on policy issues of importance to Health Canada and the Public Health Agency of Canada (PHAC). Each issue is produced on a specific theme and, through a collaborative approach, draws together research from across Health Canada, PHAC and other partners in the Federal Health Portfolio. The research is presented through a series of interrelated articles that examine the scope of the issue, provide an analysis of the impacts and potential interventions, and discuss how the findings can be applied in the policy development process.

Following is a list of all of our past issues, available in electronic HTML and PDF versions at: <www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>, or by contacting us at: <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

- **Financial Implications of Aging for the Health Care System** (March 2001)
- **The Next Frontier: Health Policy and the Human Genome** (September 2001)
- **Health Promotion—Does it Work?** (March 2002)
- **Health and the Environment: Critical Pathways** (October 2002)
- **Closing the Gaps in Aboriginal Health** (March 2003)
- **Antimicrobial Resistance: Keeping it in the Box** (June 2003)
- **Complementary and Alternative Health Care: The Other Mainstream?** (November 2003)
- **Health Human Resources: Balancing Supply and Demand** (May 2004)
- **Child Maltreatment: A Public Health Issue** (September 2004)
- **Changing Fertility Patterns: Trends and Implications** (May 2005)
- **Climate Change: Preparing for the Health Impacts** (November 2005)

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

About the Health Policy Research Bulletin

While the *Health Policy Research Bulletin* features research from across Health Canada and its Portfolio Partners, it is developed and produced within Health Canada by the Research Management and Dissemination Division (RMDD) of the Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch. A Steering Committee composed of representatives from Health Canada and the Public Health Agency of Canada selects policy research themes to be featured and reviews the text for each issue. The Committee is supported by the Bulletin Secretariat within RMDD, which coordinates all aspects of the Bulletin's development, production, release and dissemination.

RMDD acknowledges the contributions of Steering Committee members, the staff of the Bulletin Secretariat—Nancy Hamilton, Managing Editor, Tiffany Thornton and Raymonde Sharpe—as well as Julie Creasey. Special thanks go to the Guest Editors for this issue, James Gilbert, Director, and Solange van Kemenade, Senior Research Analyst, both within the Strategic Policy Directorate of the Public Health Agency of Canada. Appreciation is also extended to Allium Consulting Group Inc., for editing, design and layout.

The opinions expressed in these articles, including interpretation of the data, are those of the authors and are not to be taken as official statements of Health Canada.

This publication can be made available in alternative formats upon request.

Permission is granted for non-commercial reproduction provided there is a clear acknowledgment of the source.

Published under the authority of the Minister of Health.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2006

Cat. No. H12-36/12-2006

ISSN 1496-466 X

Publications Mail Agreement Number 4006 9608

Return if undeliverable to:

Health Canada

HPB/DGPS

RMDD/DGDR

P/L: 9002C

Gatineau, Québec

K1A 0K9



Contact Us

We welcome your feedback, suggestions and requests. Please forward your comments and any address changes to <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>. Note that feedback, suggestions or comments that are submitted to the Bulletin Secretariat are collected in order to respond to readers and to report on the performance of the publication. Mailing addresses and e-mail addresses are collected for the purpose of disseminating the *Health Policy Research Bulletin* to subscribers and for analyzing the publication's distribution. All collected information is confidential and protected.

Building Social Capital:

A Role for Public Health Policy?

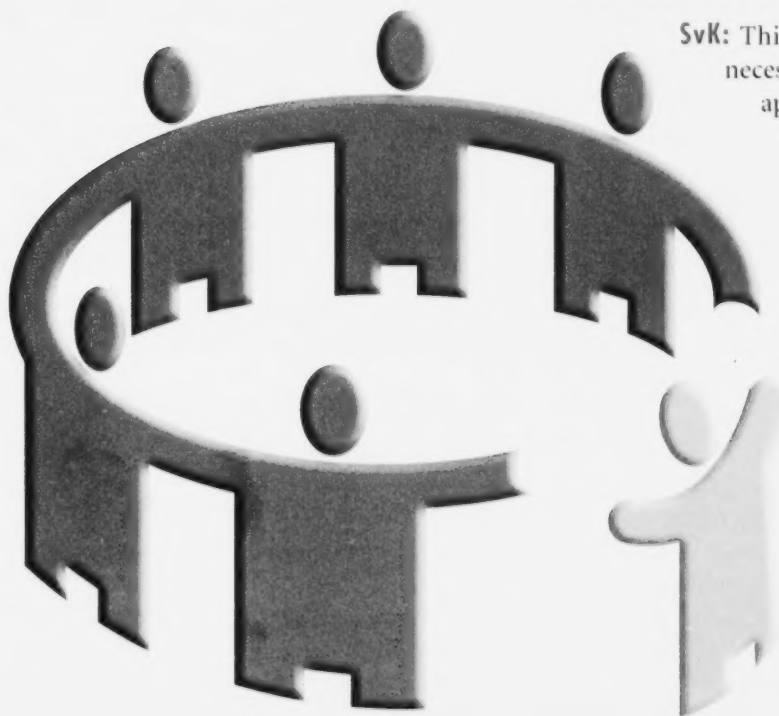
In this issue, Nancy Hamilton, Managing Editor of the Health Policy Research Bulletin, speaks with **James Gilbert (JG)**, Director, and **Solange van Kemenade (SvK)**, Senior Research Analyst, both from the Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada (PHAC).

Q Social capital seems to be an increasingly popular concept in many fields, including the health field. When you use the term “social capital,” what do you mean and what does it encompass?

JG: Social capital has become a popular concept in many fields, with links to economic and social development, labour market outcomes, immigrant integration, poverty and social exclusion, crime and safety, neighbourhood revitalization and civic renewal, and also links to health. As readers probably know, however, the association between social networks or social support and health is not new. That being said, it was not until the early nineties that “social capital” as a concept became widespread in health research and policy making.

Given the relevance of social capital in many spheres, the Government of Canada has encouraged research across departments on its policy use through the Policy Research Initiative (PRI) project, *Social Capital as a Public Policy Tool*. A key outcome of this work has been the consensus among participating departments, including Health Canada and the Public Health Agency of Canada (PHAC), on a common definition of social capital, based on the “network approach.”

SvK: This was an important step—although not necessarily an easy one—since, prior to this, various approaches had been used to define and study social capital. According to the network approach, “social capital refers to the networks of social relations that may provide individuals and groups with access to resources.” Having a common definition has helped focus our research efforts and allowed us to move forward with an analytical model and measurement tools. Although some may believe this approach to be too narrow, it does allow us to take into account both the type and the number of social ties, the access to resources that these ties afford, as well as the resulting benefits and effects.



Q Why is the concept of social capital important for the health sector?

JG: The concept of social capital has gained currency in recent years because of the population health approach. As readers are likely aware, the population health approach considers the full range of factors that influence health, including what we call the “social determinants of health.” In the population health approach, social capital research is enhancing our understanding of the influence that relationship networks have on the health of individuals and their communities. Health Canada and PHAC now recognize a dozen determinants of health, two of which are **social environments** (including social support) and **social support networks** (see: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/index.html#determinants>>).

During our recent consultation to establish national health goals, Canadians highlighted the importance of a sense of belonging, as well as the need to have supportive families, friendships and diverse communities. These viewpoints were reflected in the *Health Goals for Canada*, which were approved by the federal, provincial and territorial Ministers of Health on October 23, 2005. Based on the broad determinants of health, the Health Goals recognize the importance of social capital and include a focus on “belonging and engagement,” considered important for efforts addressing health inequalities and the root causes of illness (see: <<http://www.healthycanadians.ca/NEW-1-eng.html>>).

Q What is the research, here in Canada and internationally, telling us about the links between social capital and health?

SvK: As James mentioned, it isn't new to use social factors to explain community health problems. In his study on suicide in the late 19th century, Emile Durkheim demonstrated the importance of social integration for population well-being. Many years later, longitudinal research in Alameda County in the United States showed that persons with weak or nonexistent social links had

Indexes

In his research, Putnam¹ used a **social capital index** (a statistical indicator), constructed from indicators from a number of data banks and surveys, and a **public health index**. Public health indexes are usually based on indicators such as mortality rate, self-rated health status, infant mortality, low birth weight, premature mortality, hospital discharges, and hours lost because of illness or disability.

a greater probability of dying prematurely than those with strong links. This research was supported by subsequent studies (see article on page 10) that highlighted the close relationship between social networks and mortality rates.

More recently, researchers like Robert Putnam^{1,2} have explored the positive relationship between health and social capital. According to this research, there is a strong positive relationship between the public health index and the social capital index, as well as a negative relationship between the social capital index and the global index of the causes of mortality. Putnam also emphasizes that the positive effects of integration and social support “vie” with the negative effects of known health risks, such as smoking, obesity, hypertension and physical inactivity.

Over the past few years, surveys in many industrialized countries have shown a positive association between social capital and population health. Here in Canada, the Policy Research Division of PHAC (formerly of Health Canada's Population and Public Health Branch) has been conducting research on social capital and health since 2001, beginning with the development of indicators. Since 2004, the Division has been collaborating with the University of Ottawa's Institute of Population Health on an analysis of the 2003 *General Social Survey (GSS), Cycle 17* data. Their work has confirmed a positive correlation between social capital and health—matching results of other industrialized countries (including difficulty in establishing evidence of causation).

Q The research showing the potential health benefits of social capital is interesting, but do governments have a role to play in helping people realize the benefits?

JG: Absolutely. Governments have an important role to play in promoting social capital-related policies and programs. Although it may be difficult to imagine what governments “could or should do” to develop or improve a community's social capital, our research and the PRI's work is helping us better understand

this. Rather than viewing the development of social capital as a policy "goal," it may be more effective to view it as one "means" or "resource," among many, that can help governments achieve their objectives. For example, while Health Canada or PHAC would likely never establish a specific strategy on social capital and health, many program areas already incorporate mechanisms that build social capital in as a means for improving health outcomes within a given population (e.g., health and social development of children, healthy aging for seniors).

Governments also encourage the development of social capital by facilitating the conditions that favour it. For example, one only has to look as far as decisions about public transport and recreational facilities, to name a few, to see how government decisions can influence the social connections that people make.

At the same time, government interventions can pose challenges—two examples come to mind. First, existing social capital can be negatively affected when well-intended interventions inadvertently weaken social ties. We have seen this, for example, in some urban renewal projects which, when not well suited to the communities involved, disrupted the social networks and, in some cases, actually destroyed the communities' social capital. Using a social capital lens may help us avoid such unintended outcomes by gathering information on existing social networks and using this in the decision-making process.

A second challenge is the risk that "building social capital" could be used to justify public disengagement and/or the reduction of public services. For decision makers in the health field, who are guided by the determinants of health, it is important to find the type and level of intervention (e.g., home care service) that will complement, and not displace, existing supports provided by family and friends. The articles on pages 21 and 25 explore these challenges in more detail.


Q How can governments use what is being learned about social networks to design policies and programs that improve health outcomes?

JG: Research sponsored by PHAC on the GSS, Cycle 17 data is proving to be important in terms of policy use. First, as Solange has mentioned, this research has confirmed that Canada shares international trends on the positive relationship between social capital and health. Reinforcing this evidence in the Canadian context is an important step forward. It is especially

important for the development and evaluation of community-based programs that foster partnerships and social engagement as a means to achieve improved health outcomes (see article on page 28).

SvK: Second, our most recent analysis of GSS data (see article on page 16) has allowed us to know more about the importance of social capital for populations at risk of isolation or exclusion. For example, while social networks seem to be particularly important for both immigrants and seniors, the size and type of networks that are the most important for health differ for these two groups. It is hoped that these results will prove useful for programs, like many of our community-based health programs, which already have a social capital focus.

JG: PHAC and Health Canada have played a key role, in partnership with the PRI and others, in responding to social capital as an emerging policy priority.

We are pleased to have this opportunity to present the results of our research in this issue of the *Health Policy Research Bulletin*. As this is the first publication of the results of our most recent analysis, it will be important for Health Canada and PHAC to review these findings and to reflect on the new questions that they raise. While social capital is not a panacea for improving population health, this new Canadian research increases our evidence base for applying a "social capital" lens to the development of our policies and programs. 

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.

P **HAC and Health Canada**
have played a key role,
in partnership with the
PRI and others, in responding to social
capital as an emerging policy priority.

We are pleased to have this
opportunity to present the results of
our research in this issue of the
Health Policy Research Bulletin.

What Is SOCIAL CAPITAL

Sandra Franke, Policy Research Initiative, Government of Canada

and Why Is It Important to Health Research and Policy?

Various definitions and approaches have emerged in the development of social capital theory. Establishing a common definition and approach to social capital has been part of a Government of Canada project conducted by the Policy Research Initiative (PRI). This article describes the "network approach" adopted by the PRI and explains how it provides a mechanism for understanding how public intervention and government services can take social ties into account to achieve their goals, particularly in the areas of disease prevention and health care.

A Collaborative Effort

In January 2003, a committee of Assistant Deputy Ministers from 12 federal departments requested that the PRI investigate the role and contribution of social capital in Canadian public policy research, development and evaluation.

Through its project *Social Capital as a Public Policy Tool*, the PRI developed an operational definition of the concept,¹ proposing a framework for the analysis and measurement of social capital in a government context² and identifying key policy and program areas where social capital could play an important role.³ The PRI also put forward a number of major recommendations with respect to the utility of social capital as a concept in the public policy context.⁴

Perspectives on Social Capital

Literature on the subject distinguishes between different broad perspectives or approaches to social capital; while each has a different emphasis or focus, they have important aspects in common, such as the notions of participation, cooperation and solidarity.

However, there are differences in how each one considers such ideas as social cohesion, engagement, trust, reciprocity and institutional efficacy. Of the main approaches, one focuses on the propensity for people or organizations to cooperate to attain certain objectives⁵—looking at what motivates them to form associations, the types of associations they form and their perception of collective issues (reflecting cultural beliefs and influences).⁶

Another focuses on the conditions, both favourable and unfavourable, for cooperation—placing emphasis on the social and political structures of a community that convey values and norms, such as trust and reciprocity, which in turn create conditions for social



and civic engagement.⁷ A third, a “network approach” which the PRI has pursued, emphasizes the structures that may enable cooperation—the network structures that provide access to key resources.

While presenting interesting and varied views on social capital, the development and use of different approaches have contributed to skepticism about the value of social capital as a concept, and sometimes to its being underutilized as a research instrument. This is one reason that the PRI has worked extensively across the federal government to achieve consensus on the definition of social capital.

Using a Network Approach for Public Policy

Through the PRI’s collaborative project, the network approach has emerged as a common perspective to help understand social capital in a public policy context. Understanding how networks give individuals and groups a way of obtaining useful resources and studying how they access and mobilize these resources productively provides considerable useful material for public policy practitioners. Opting for this approach, the PRI recommended that the Government of Canada adopt the following definition: *Social capital refers to the networks of social relations that may provide individuals and groups with access to resources and supports.*⁴

The network approach is based on the notion that the structural and dynamic aspects of social relationships provide access to certain resources, including information, social support and material aid.^{8,9,10} It considers both **individual social capital** (the social networks through which an individual finds the resources he or she needs), as well as **collective social capital** (the networks formed by social groups within a community to achieve the resources needed to attain their goals).

In order for the network approach to support social

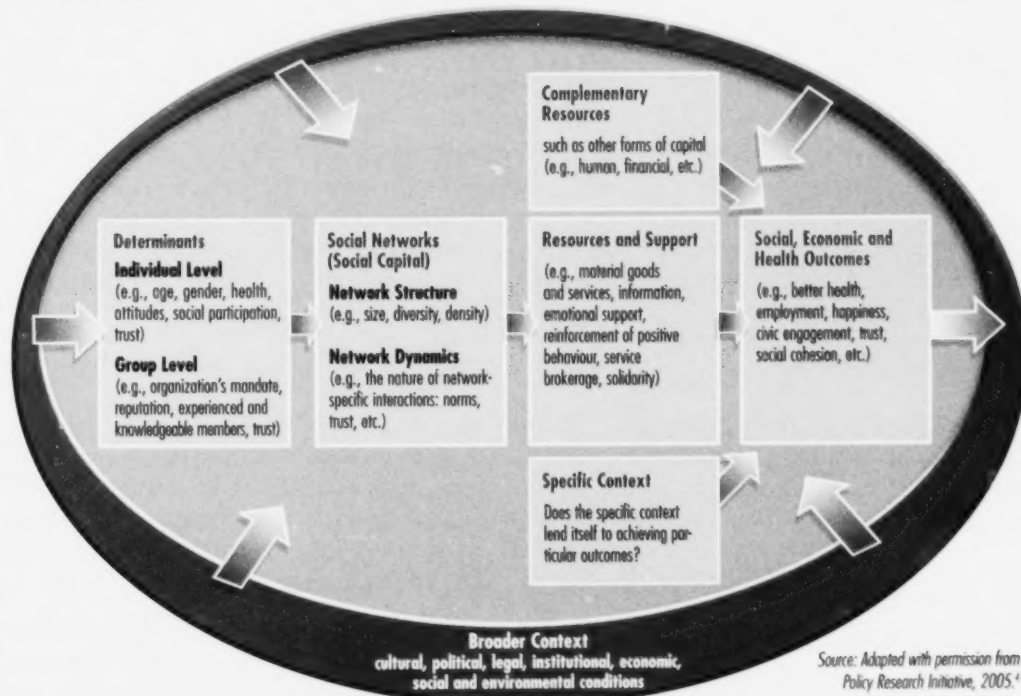
capital research as an effective tool, it must be considered within a much broader context. Rather than viewing social networks in isolation, they need to be considered in combination with other resources that operate in different ways, depending on their context. The PRI developed a framework that captures this broader context.

The PRI framework distinguishes what social capital *is* (i.e., structure and operation of networks) from what it *does* (i.e., has direct effects and results), while identifying its sources (i.e., its determinants). It positions social capital as an independent variable—and not as an end in itself—so that its contribution to attaining results can be studied in any field of research, making it a very useful tool for public policy.

Social Networks: A Form of Capital

Most people do not think of the ties they create as an investment like their savings or their education. However, from a public policy perspective, it may be an appropriate way to look at how people rely on their social networks to resolve difficult situations or to get ahead. The term “capital” is merely an expression of the idea that, in certain situations, relationships can be a resource and viewed in a similar way as financial, human or

Figure 1: PRI Framework for the Analysis of Social Capital



Source: Adapted with permission from Policy Research Initiative, 2005.⁴

physical resources. A better understanding of the synergy between the various forms of capital throughout a person's life (i.e., the complementarity, substitution or leverage of one form of capital relative to another) supports the design of policies and programs that are tailored to people's needs.

In essence, the network approach looks at social ties as a vehicle for delivering needed resources and supports. These include: tangible resources (material goods, financial assistance, services, information or advice); social support (emotional support, presence, friendship); influence (reinforcement of positive behaviours); capacity building (ability to deal with adversity, self-control, self-determination); and service brokerage (effective access to services for those who are unable or unwilling to access services by themselves).

Stocks and Flows

It is also useful to use the concept of capital stocks and flows to look at the way social capital operates to produce results.¹¹ **Social capital stocks** refer to the presence and different types of an individual's social relationships in their various forms and combinations. One useful typology distinguishes between bonding,

bridging and linking, but other typologies may be more appropriate, depending on the field under study. Each type of relationship gives access to a different range of resources.

Social capital flows refer to the way social relationships come into play in a given situation. Social capital *inflows* involve investments (emotionally, in time, in effort, etc.) that allow an individual to accumulate a stock of social capital. These investments are the conditions or processes that create and maintain social ties. Social capital *outflows* are the conditions and processes that allow individuals to use that stock to achieve socioeconomic and health benefits.

How Is Social Capital Created and Used?

A network perspective of social capital that is considered in a broader analytical context, as discussed earlier, allows researchers to identify, describe and measure the entire set of variables that come into play in examining the instrumental role of social relationships. However, in specific situations, the determinants of social capital are not always easy to identify. Nor is it always easy to

establish with certainty the direction of the relationship between social capital and the outcomes.

Take, for example, the creation of social capital at the individual level. Does social engagement help to create social capital for individuals? Considering the question in the context of the network model shows that the answer depends; in some circumstances, membership in a group may indeed contribute to the social capital of an individual—if it leads to concrete social relationships. Here, social engagement could be considered as a *determinant* of social capital. But this is not always the case—some forms of involvement, such as voting, do not *necessarily create* new ties.

Another example sheds light on the difficulty of determining causality—in this case, at the collective level. Is social cohesion in a community the *result* of thriving networks, or is it an *input* that creates the networks? In a particular community, cohesion may be the result of networks, but it is not necessarily because a community is rich in networks that it is cohesive. It all depends on the end purpose of the networks.

Such examples point to the importance of avoiding the use of social engagement or social cohesion (or other concepts, such as trust) as a proxy for social capital. They also reinforce the importance of carefully considering the research hypothesis and clearly grounding it in an analytical framework. Moreover, validating the hypothesis allows the researcher to better

understand in which circumstances social capital is created, and in which circumstances it is used to produce specific results. Data from longitudinal or very detailed surveys provide the best evidence.

Health Policy and Social Capital

The question of whether or not governments should intervene or play a role in shaping social capital has been asked increasingly in recent years. In fact, to varying degrees, governments *already* influence the way social relationships unfold—the configuration of and access to public spaces, programs of mentoring and home care, support for community groups and natural caregivers, and partnerships with community organizations—to name a few. Adopting a perspective based on social capital simply means paying explicit



attention to the role of social relationships in attaining policy objectives and, inversely, looking at the effects of policies on social relations. A social capital perspective is particularly relevant and useful in three social policy areas¹—helping populations at risk of social exclusion, supporting individuals in major life transitions, and encouraging and promoting community development.

Vulnerable Populations

We know that there is a close association between the existence and quality of interpersonal ties and mortality, morbidity, convalescence and adjustment to chronic disease or limitations on activity.^{12,13} For example, the type of social environment into which a person is integrated has a direct relationship on health-related behaviours, for better or for worse (e.g., use of tobacco, drugs or alcohol, diet, physical activity, sleep, use of medications).¹⁴ Good social integration generally makes for good social support, or at

least the feeling that it is accessible. On the other hand, social isolation is associated with a deterioration in health, particularly mental health, because of the negative effects associated with it, including alienation.¹² Health policies need to look at the extent to which those populations most at risk for suffering

from social exclusion and isolation could make better use of social networks to achieve improved health. Such populations include people who have a disability or illness, older persons, recent immigrants and those living in poverty or in marginalized communities—in particular, some First Nations and Inuit communities.

Major Life Transitions

A better understanding of the evolution of an individual's social networks and the different roles they play at key points in life phases is equally important for the development of health policies. For example, family ties have implications for child development that affect lifelong habits; peers are influential during the transition to adult life; the passage into parenthood creates pressures (maternity, neonatal care); and social support comes into play in episodes of illness, sudden limitations on activities, as well as in the aging process.



There is still much to be understood about the specific structure and dynamics of the social networks relating to these processes, as well as about which populations make the best use of their social capital under these circumstances.¹²

Health and Community Development

The role of social networks in community health is also an avenue of interest for health policy development. What is important here is the quality of cross-sectoral cooperation among community stakeholders, specifically those whose interventions are aimed at improving population health and reducing health inequalities.¹⁵ This approach calls for interventions that go beyond the health sector to include action on poverty, education, employment conditions, quality of the natural and built environments, safety, access to information and other dimensions—all of which have an impact on health at the community level.¹⁶ In this sense, the quality of cross-sectoral cooperation is essential. There are a number of strategies that can help to maximize the ability of stakeholder alliances to achieve health policy objectives. These include looking at the types of collective networks and at the relationships among organizations in a community, identifying and creating favourable conditions for them, and eliminating barriers that limit their reach.

Potential of the Network Approach

It is hoped that adoption of a single model—specifically the network approach—by the federal government will dispel confusion about the social capital concept, while maximizing its contribution to policy and program research, development and evaluation. The approach holds potential in a number of issue areas, including immigrant integration, the fight against poverty and social exclusion, professional development, public safety, civic participation, community development and health. The network approach can be tailored to a wide range of areas, and can be used more directly or less directly, depending on the issue and the desired results. Some articles in this issue delve into specific applications; others outline the approach's broader potential. ●

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.

Research Traditions: An Overview

Louise Bouchard, Ph.D., Researcher, Institute of Population Health, University of Ottawa; Jean-François Roy, Doctoral Candidate, Institute of Population Health, University of Ottawa; and Solange van Kemenade, Ph.D., Policy Research Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada

The consideration of social relations in the field of population health has been relatively well established over the past 30 years. Recently, researchers are increasingly interested in the links between individual and collective social actors and the resources that circulate among their networks. This article traces the evolution of the research and highlights the main traditions that have emerged.

The study of social relationships, social capital and health is rooted in two main research traditions. The first, established in the 1970s, is concerned with the notion of networks of **social support**. The second tradition appeared during the 1990s and deals with the concept of **social capital**.

Social Support and Health: Deep Roots

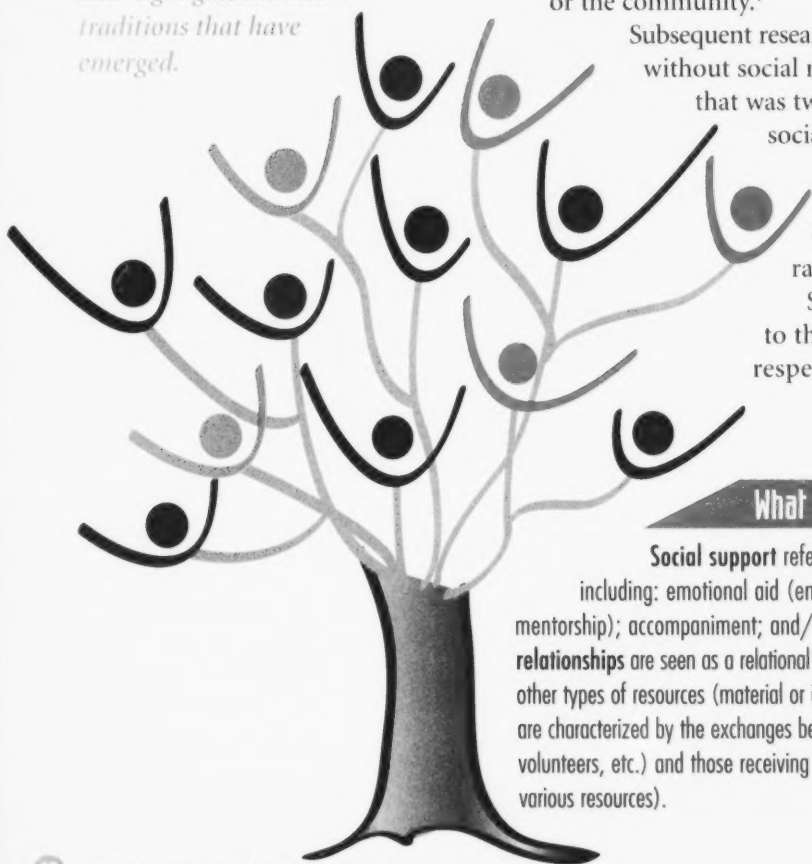
Over the years, several studies have demonstrated that social support networks are positively associated with maintaining good health and a longer life expectancy. A pioneering study in Alameda County in the United States demonstrated in a nine-year follow-up that rates of premature death were higher among people who did not have social ties with family, friends or the community.¹

Subsequent research supported these results and showed that people without social networks had a probability of premature mortality that was two or three times greater than for people who had social networks.² This relationship was reinforced in several population studies and was demonstrated for mortality associated with various diseases (including cardiovascular diseases, cancers, respiratory and gastrointestinal diseases).

Studies also showed that social networks are related to the adoption of preventive behaviours (e.g., with respect to cancer screening, dialysis, tobacco and

What do we mean by ...

Social support refers to the beneficial elements resulting from social relationships, including: emotional aid (empathy); instrumental and concrete aid; information (counselling, mentorship); accompaniment; and/or reinforcement of a sense of belonging and solidarity. **Social relationships** are seen as a relational resource in their own right, with the potential to transmit or exchange other types of resources (material or information) helping to meet particular needs.^{3,4} **Support networks** are characterized by the exchanges between those people providing assistance (family, friends, neighbours, volunteers, etc.) and those receiving assistance (the elderly, those who are unwell, people lacking in various resources).



alcohol abuse⁵), as well as the ability to cope with existing illness by reducing isolation and increasing social integration.

Social Networks Are Not Always Positive for Health

It is also well known that social relationships do not always function as protective mechanisms for health, but can increase levels of stress and weaken people's resilience and their ability to cope. Consider, for example, sexual abuse, family or workplace conflicts, physical and psychological violence, mental harassment and male power networks ("old boys clubs"). We also know about the influence of peer networks, especially when it comes to certain risky health behaviours engaged in by some youth (driving while impaired, alcohol and drug abuse, degrading sexual practices), and of groups that impose extreme or unreasonable rules of conformity on their members.⁶ Even though these rules allow people to be part of a group, the goals of such groups are not always in the best interests of society.⁷

The research has also allowed us to understand the physiological mechanisms by which support networks have positive or negative effects on the health of individuals. We have a better understanding of the neuroendocrine and immune systems that condition stress responses. Research has clearly demonstrated the impact of chronic stress on aging and premature death.⁸

Social Capital and Health: Different Approaches

The concept of social capital originated in the groundbreaking work of Bourdieu,⁹ Coleman¹⁰ and Putnam^{11,12} and, since then, has become a major factor for examining public health and the health of populations. Within the health field, two broad views of the concept have emerged—one defining social capital as the network of social relationships that provides access to resources; the other, as the norms of reciprocity, social and civic participation and trust.

It was the latter definition that was first used by Wilkinson¹³ to introduce the concept of social capital into health studies—with social capital linked to social cohesion. Wilkinson suggests that those societies which are more egalitarian (in terms of income distribution) and more socially cohesive also have a better life expectancy. By comparing different geographical regions—Eastern Europe, England, Japan and the

The Story of Roseto^{12,13}

Beginning in the 1950s, Roseto, a small town in Pennsylvania founded by immigrants from the same southern Italian village, became the subject of more than 40 years of research. Initially, medical researchers found that the Rosetans' heart attack rate was less than half of that of those in neighbouring towns. However, none of the usual factors (e.g., diet, genetics, exercise) provided an adequate explanation. So, when researchers began looking into the social dynamics of the community, they discovered that the town had developed as a tightly-knit community with many social activities and organizations. Additionally, the residents depended on each other for resources and support. The researchers soon suspected that this level of social involvement, while not called social capital at the time, was the reason for the Rosetans' lower heart attack rate. They became concerned about what would happen if, over time, the younger generation rejected the "tight-knit" ways of their parents. As it turned out, by the 1980s, the next generation had a heart attack rate higher than residents in a nearby, demographically similar town.

American town of Roseto—he concluded that greater social cohesion equals better health. The story of Roseto, Pennsylvania (see sidebar), provides a striking illustration of the link between social cohesion and mortality.

The concept of social capital grew in importance in social epidemiology and was used in various studies to understand the association between social inequalities and mortality rates (see also *Did You Know?* on page 33).

For example:

- Further studies by Wilkinson¹⁴ revealed a strong correlation between mortality, income inequalities and violent crime.
- Putnam¹⁵ demonstrated that health status is better in American states with higher social capital.
- In Scandinavia, Hyppä and Mäki¹⁶ found that the Swedish-speaking Finnish minority had a better life expectancy and that its social capital was a contributing factor.
- Lomas¹⁷ highlighted the positive influence that social networks have on health compared to that of other types of public health interventions.

Measurement Traditions

In the 1970s, Berkman, a known researcher in the field of social relationships and health, developed a **social network index** for measuring networks of family and friends (in terms of both quantity and frequency), social participation (associative, community, religious, charitable) and social support (both emotional and instrumental).^{1,18} Since then, national health studies in Canada have continued to explore these different dimensions of social capital.

In the tradition of epidemiological research relating to social capital, measurement relies on ecological variables such as income inequality indexes (Robin Hood Index), interpersonal trust levels, reciprocity norms and the vigour of civic society (social participation by the individual).¹⁹ Lochner et al.²⁰ surveyed a series of such measurement

- Studies by Szreter and Woolcock²³ showed that communities with weak social capital have higher levels of stress and social isolation, and are less able to respond to environmental risks and public health interventions.

Over time, however, this conceptualization of social capital has come under criticism at a number of levels^{24,25}—theoretically (because of its definition by effects), methodologically (for the diversity of its content) and politically (for its potential to transfer the responsibilities of the state to individuals and overshadow structural determinations).

More recently, the view that social capital is defined by social networks and the resources in these networks appears to be enjoying consensus²⁵ in a number of fields and, as described in the previous article, has been recommended by the federal government's Policy Research Initiative. While the network model is not without its critics, consensus on a definition is focusing federal research efforts and facilitating the development of measurement and analytical tools—an important step, since just as different definitions have emerged, so too have different measurement tools and approaches (see sidebar above).

instruments, including, among others, **neighbourhood cohesion**, and Bandura's measurement of collective efficacy—defined as a "sense of collective competence shared among individuals when allocating, coordinating and integrating their resources in a successful concerted response to specific situational demands."²¹

Very recently, in the "network approach," Van Der Gaag and Snijders²² have developed a tool known as "Resource Generator" which does not yet appear to have been used in health studies. This tool for measuring social capital questions respondents about their access to various resources, as well as about types of bonds that permit access to these resources (acquaintances, friends and family). The instrument covers four dimensions of resources: prestige and education, political and economic skills, social skills and social support.

The Potential of Social Capital

During the past three decades, researchers have explored the influence that social factors have on the health of individuals and their communities. As interest in the "determinants of health" has grown, so too has interest in the concept of social capital. While social capital has been approached in different ways, its positive connection to health suggests that it has potential as a strategy for health promotion and public policy development.

Moving forward with research—based on a common definition and approach—is an important step in achieving this policy potential. While the network-based approach has been adopted at the federal level, its use as a policy tool in health issues has yet to be fully realized. However, as described in the articles that follow, having a common definition has served as a springboard for the development of indicators for use in national health surveys, thereby permitting the first methodological effort in Canada to articulate the relationship between social networks and health.²⁶ ©

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.

Developing an Operational Model Based on Networks

Louise Bouchard, Ph.D., Researcher, Institute of Population Health, University of Ottawa;

Jean-François Roy, Doctoral Candidate, Institute of Population Health, University of Ottawa; and

Solange van Kemenade, Ph.D., Policy Research Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada

Working from a definition of social capital based on networks, a research team from the Public Health Agency of Canada and the University of Ottawa has developed an operational model that facilitates the measurement of both the structural and resource content of social networks—as well as their potential benefits and effects. The research team's recent analysis of the data from the 2003 General Social Survey (GSS), Cycle 17 provided the first Canadian evidence on the positive link between social capital and health. This article presents an overview of how the operational model was developed and applied.

Exploring the Link between Social Capital and Health

Since 2001, Health Canada and the Public Health Agency of Canada have been conducting a research project on social capital. Analysts in the Policy Research Division (PRD) have contributed to the development of knowledge that defines both the concept, as well as indicators for measurement. They have also examined the usefulness of the concept—specifically, its potential for program and policy development and evaluation. In 2004, the PRD joined forces with researchers at the Institute of Population Health of the University of Ottawa to analyze data from the 2003 *General Social Survey (GSS), Cycle 17 on Social Engagement in Canada*. The objective of the study was to define a conceptual model of social capital based on networks,

using GSS data as a starting point, and to operationalize it to examine the relationship between social capital and the health of Canadians.

The Potential of Networks

The conceptual framework (as inspired by Berkman and Glass¹) provides an opportunity to examine the structure of networks,

their dynamics and their composition, in terms of resources.

This framework allows us to distinguish between social capital and other forms of capital, such as human



capital (education), and material and financial capital (income). Social capital is strictly defined as a network of social relationships and its related resources:

- The **structure** of the network refers to the number, scope and diversity of a person's connections, the nature of these ties, including strong (family, friends) and weak (acquaintances) ties.
- The **dynamics** of these relationships are measured by the frequency and reciprocity of exchanges. Social engagement and volunteerism represent an attempt to widen one's networks in order to meet certain needs.
- The **nature** of these exchanges refers to the resources that circulate within the networks. These resources may be emotional and affective, material, informational or instrumental.

The structural analysis of the network is systemic and sheds light on the characteristics and attributes of the social links and the exchanges. In this way, the analysis allows us to anticipate the intended results, which are individual and collective well-being, social integration, the demand for services and attainment of political objectives.

Constructing an Analytical Model

Using the conceptual framework of social capital based on networks and their resources, the research team constructed an analytical model that would support the analysis of data from the GSS, Cycle 17 (see sidebar above). The team drew on the conceptual framework of Berkman and Glass,¹ as well as on the survey questions, in order to

About the 2003 General Social Survey, Cycle 17 on Social Engagement

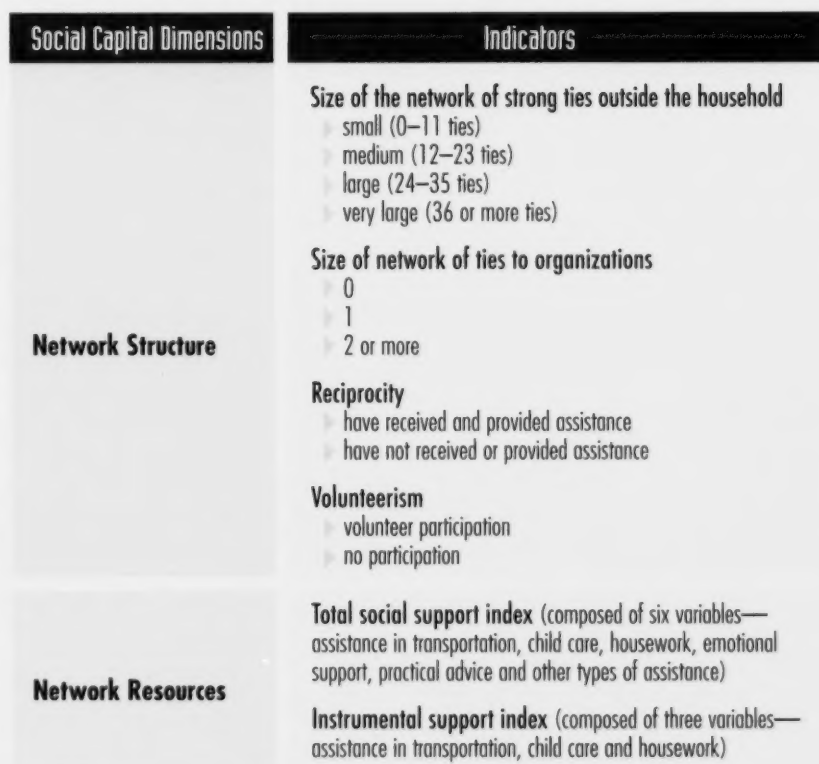
The survey was designed to collect comprehensive information on the many ways that Canadians engage in civic and social life, including social contacts with family, friends and neighbours; involvement in formal organizations, political activities and religious services; level of trust in people and in public institutions; sense of belonging to Canada, province and community; volunteer work and more. For the summary report, visit: <http://www.statcan.ca/english/freepub/89-598-XIE/2003001/article.htm>.

ensure that the analytical model was compatible with both.

Taking into account the GSS variables, the resulting model (see Figure 1) examines two dimensions of social capital—network structure and network resources—and includes indicators designed to measure both aspects:

- For **network structure**, four indicators were developed: *size of network of strong ties outside the household*; *size of network of ties to organizations* (ethnic organizations, sports or social clubs, associations, etc.); *reciprocity* within the networks (provided assistance to, and received assistance from, neighbours, family or friends); as well as *volunteerism* (volunteering at least once in the preceding year).
- For **network resources**, two indicators were developed: *total social support index* (assistance with

Figure 1: Social Capital Analysis Model



transportation, child care, housework, emotional support, practical advice, other types of assistance), and an *instrumental social support index* (assistance with transportation, child care and housework).

Applying the Model

Use of the above model to analyze data from the GSS, Cycle 17 enabled the first national-level analysis in Canada of the relationship between social capital and health. The GSS collected data from 24,951 individuals aged 15 years and up from across the country. However, because only respondents aged 25 years and up were included in the current analysis, the sample size used was 21,785.

Data were collected on social capital variables as identified by the indicators in the model as well as on socio-demographic variables (sex, age, education, life status, type of household) and perceived health. Perceived health was established as the dependent variable and divided into two categories for the purposes of analysis: good health (self-reported health rated by GSS respondents as "excellent," "very good" and "good") and poor health (self-reported health rated as "average" and "poor"). Regression analysis was then used to determine if there was a significant relationship between any of the social capital variables and self-reported health.

The Results: A Pan-Canadian Analysis

By testing for a series of potentially differentiating factors (sex, age, education, life status, type of household), the results of the regression analysis demonstrate a significant relationship between social capital and the health of Canadians, even though the results do not permit the establishment of causality links.² For

By testing for a series of potentially differentiating factors (sex, age, education, life status, type of household), the results of the regression analysis demonstrate a significant relationship between social capital and the health of Canadians, even though the results do not permit the establishment of causality links. For example, the findings show that most social capital indicators are positively related to the self-reported health of respondents.

example, the findings show that most social capital indicators are positively related to the self-reported health of respondents:

- People with larger networks of strong ties outside the household have a greater possibility for accessing diverse resources.
- A medium to large network of strong ties is associated positively with self-reported health.
- People who belong to or participate in two or more organizations are more likely to report good health than the rest of the population.
- Reciprocity among members of a network appears to be beneficial—those who both give and receive assistance from family, neighbours or friends are more likely to report good health.
- There is a positive relationship between volunteering and good health (although the mechanism for establishing this relationship is hard to determine because of the problem of causality).
- Instrumental social support (help received to carry out daily activities) tends to be related with self-reported good health, even though the relationship is not significant.

A more complete story of how the model was developed, and the results of its application to the GSS, Cycle 17, is included in the full report² of the research, available at:

<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=pub_wp_abs#WP0010>. The research team has carried out additional analyses, focusing on specific population groups—the subject of the next article. ③

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.

Social Networks *and* Vulnerable Populations:

Findings from the GSS

Solange van Kemenade, Ph.D., Policy Research Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada; **Jean-François Roy**, Doctoral Candidate, Institute of Population Health, University of Ottawa; and **Louise Bouchard**, Ph.D., Researcher, Institute of Population Health, University of Ottawa

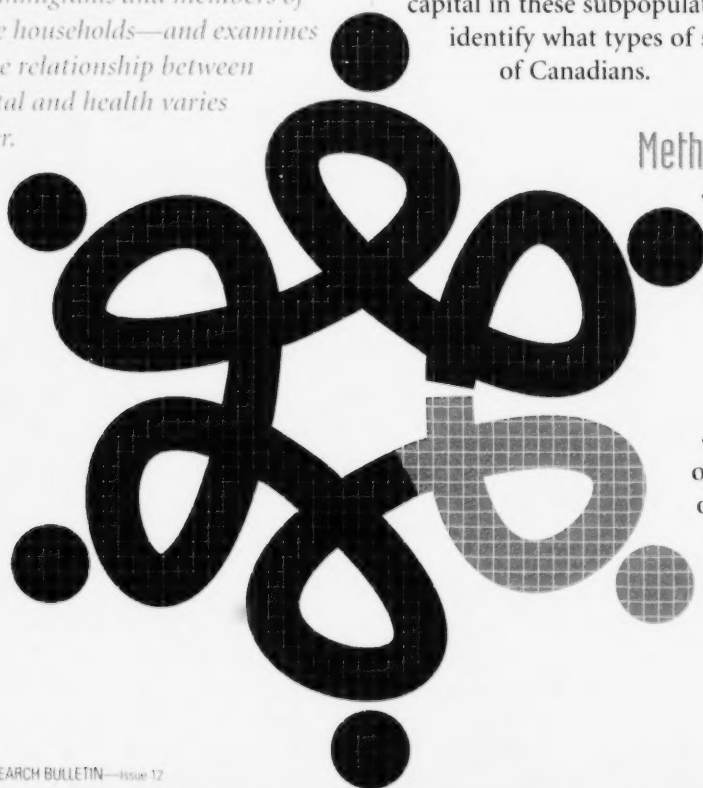
Continuing their research on social capital and the health of Canadians, the research team from the Public Health Agency of Canada and the University of Ottawa presents results from a further analysis of data from the 2003 General Social Survey (GSS), Cycle 17 on Social Engagement. This new research examines which aspects of social capital are important to the health of selected Canadian population groups—seniors, immigrants and members of low-income households—and examines whether the relationship between social capital and health varies with gender.

The relationship between social capital and the health of Canadians was briefly described in an earlier article. The research team applied the knowledge gained from their previous analysis to more specific analyses of the data for three subpopulations: seniors, immigrants and members of low-income households. These subpopulations are vulnerable groups that, depending on their individual and collective experiences, can experience a “disaffiliation” (i.e., a partial or complete rupture of their social links).¹ This results in a depletion of social capital stock whereby individuals that have been cut off from their social networks can no longer benefit from the resources available to those who belong to such networks. The authors set out to learn more about the links between health and various aspects of social capital in these subpopulations. The results of these analyses help identify what types of support are most beneficial to the health of Canadians.

Methodology

The GSS sample consists of a total of 24,951 individuals aged 15 years and older from all 10 Canadian provinces.

Only respondents aged 25 years of age and up were included in the analysis, for a total of 21,785 in the general population, including: 4,486 seniors (those aged 65 years and older); 4,109 immigrants (those born outside of Canada, excluding those whose parents are Canadian citizens); and 3,548 members of low-income households (individuals who live in households where the total household



income is below the low-income cut-off, taking into account both size of household and whether they live in an urban or rural community).

Adults under age 25 years were excluded because the researchers considered that social networks accessible to this age group are different. The resources in these networks are used quite differently than is the case for adults 25 years and over.

The operational model of social capital described in the article on page 13 was used to verify the presence of relationships between *perceived health* and *social capital* for individual Canadians. To this end, data were analyzed using logistic regression analysis models for the Canadian population and for the three subpopulations. In all analyses the effects of sociodemographic characteristics of respondents (sex, age, education, professional situation, marital status, type of household) were controlled. Given the sociodemographic circumstances of seniors, the categorization of certain variables was different in this subpopulation, specifically for age, professional situation and type of household. Results were weighted using the "bootstrap" method to control for the complex survey design (see *Using Canada's Health Data* on page 37).

What the Findings Show

The results of the statistical analyses are presented in Table 1 in the form of score ratios for each of the social capital indicators in the model. (See previous article for a definition of all social capital indicators.) Score ratios are provided for men and women in the general population and for each of the subpopulations studied.

Reading the Score Ratio Table

The score ratio indicates the ratio between the probability of an event—in this case, good health—in one group, to its probability in another group. A number greater than one indicates a positive association, while a number less than one indicates a negative association. Take, for example, the reciprocity index for the general population. The score ratio tells us that the respondents who responded yes, when asked if they have at least one reciprocal assistance relationship in their social network, are 1.317 times more likely to report being in good health than are those who do not have a reciprocal assistance relationship. A p-value

(probability value) of less than or equal to 0.05 indicates that the result is statistically significant.

Across the Indicators . . .

A review of Table 1 reveals the following overall findings:

- In general, the **size of a network of strong ties** is positively associated with health in the general population, as well as in all subpopulations studied. However, the relationship is strongest for women in the general population, for immigrants and for men living in low-income households. The most notable difference appears to be for seniors, where the relationship between perceived health and the size of network of strong ties is significant only among women.
- There is a positive relationship between **network ties with organizations** (consisting of two or more ties) and health in the general population as well as in all the groups analyzed—except for the low-income group, where the relationship is not significant. Networks of links with organizations demonstrate the strongest associations with health for men in the general population and for immigrant women and senior men.
- **Volunteerism** is positively associated with health in the general population, those in low-income households and immigrant men.
- There is also a positive relationship between the **reciprocity index** and the health of women and men in the general population, as well as for immigrant women.
- Finally, the results indicate that there is a negative relationship between the **social support index** and health for the general population, and for immigrant women. In the same way, there is a negative association between the **instrumental support index** and the health of senior men. These results are possibly explained by a problem with the measurement of social support in the GSS data (see "Limitations of the Analysis," later in this article).

The analyses of the GSS data provide a wealth of information about the relationship between social capital and health. Nevertheless, in the context of public policy, follow-up work is needed to further explain the findings and to confirm them through analysis of other data banks.

A Closer Look at Vulnerable Populations

Seniors

Recent studies (see article on page 21) show that three types of networks are important for people aged 65 years and older: social networks, support networks and care networks.² The composition of the networks evolves and adapts at the same time as an older person's physical condition changes. While initially seniors' networks are large and diversified,² smaller care networks appear to become increasingly important as seniors develop functional limitations.

Analysis of the GSS data confirms the important relationship between social capital and seniors' health. Results show that there is a positive relationship between the size of an older person's *network of strong ties* and health—but only for women. Senior women

who belong to a *medium* or *large network* of strong ties are more likely to report good health than those whose network size is smaller. At the same time, it is among seniors that the relationship between health and *very large networks* of strong ties is the weakest. This supports the thesis that small, close networks are more important for seniors needing care.

With respect to networks of organizations, results point to a positive relationship between the *size of these networks* and the health status of seniors; the relationship is stronger than that observed among the other subpopulations and the general population. In other words, seniors who are involved in one or more organizations are more likely to report good health than those who are not as involved.

The only group for which the instrumental support index is associated with health is seniors, and the

Table 1: Self-Reported Health and Social Capital—Score Ratios for the General Population and Selected Subpopulations

Social Capital Indicators	Score Ratios for the General Population and Selected Subpopulations											
	General Population			Seniors (65 Years and Older)			Immigrants			Members of Low-Income Households		
	Total	Women	Men	Total	Women	Men	Total	Women	Men	Total	Women	Men
Size of Network of Strong Ties Outside the Household												
Small—0 to 11	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Medium—12 to 23	1.469***	1.596***	1.326*	1.443**	1.590**	1.225	1.694***	1.506*	1.952**	1.465**	1.500**	1.542*
Large—24 to 35	1.795***	1.875***	1.730***	1.663***	1.880***	1.335	2.036***	2.182**	1.926*	1.885***	1.748**	2.447**
Very large—36 and up	1.457***	1.537***	1.360**	1.270	1.730*	0.920	1.931***	1.691	2.347**	1.788***	1.555*	2.498***
Size of Network of Organizations												
0	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
1	1.085	1.074	1.109	1.272*	1.175	1.384	1.290	1.193	1.615*	0.966	0.949	0.971
2 and up	1.601***	1.524***	1.704***	1.776***	1.665**	1.878**	1.698**	1.908*	1.700*	1.185	1.172	1.095
Reciprocity												
No	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Yes	1.317***	1.356***	1.236*	1.190	1.300	1.043	1.277	1.904**	0.762	1.268	1.350	1.109
Volunteerism												
No	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Yes	1.247**	1.230*	1.263*	1.243	1.337	1.151	1.247	0.812	2.361**	1.524***	1.546**	1.640*
Total Social Support Index	0.787***	0.757***	0.835**	0.919	0.852	1.043	0.781*	0.639***	1.051	0.873	0.904	0.805
Instrumental Support Index	1.105	1.097	1.101	0.783*	0.864	0.648*	0.957	1.134	0.721	0.993	0.886	1.233

Note: Data tables detailing confidence intervals and sociodemographic variables may be obtained by contacting <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.001$

Source: GSS, Cycle 17.

association is negative. Seniors who had received help carrying out day-to-day activities are more likely to report poor health than those who had not had such support. This is likely due to the fact that, in the GSS data, instrumental support becomes an indicator of seniors' limited capacity to carry out activities. Secondary analyses confirm this hypothesis. So, when seniors who report activity limitations are excluded from the analysis, the relationship between instrumental support and perceived health is negligible.

Immigrants

Research supports the importance of social capital to the integration of immigrants.^{3,4,5,6} Having access to close networks of people of the same cultural origin—as well as to programs that support these networks—is associated with the social and economic integration of immigrants in the host country and with their well-being. Networks of friends and family for new immigrants in Canada represent an extremely important support, whether for finding accommodation, training or education, employment or aid.⁶ The most important sources of assistance for immigrants, according to the results of the *Longitudinal Survey of Immigrants to Canada* (LSIC), are parents or family members (already established in Canada), friends, organizations working with immigrants, educational institutions and health workers.

Results of current analysis of the GSS support the above findings that social capital is a major determinant of health for immigrants to Canada, and reinforce results of the LSIC:

- There is a positive association between the size of networks of *strong ties* and reported good health among immigrants. The association is more pronounced for immigrants than for any of the other groups studied, as well as for the Canadian population overall.
- There is also a positive association between the number of *ties with organizations* and immigrants' self-reported health. Immigrants with a high number of ties to organizations perceive their health to be

The most important sources of assistance for immigrants, according to the results of the *Longitudinal Survey of Immigrants to Canada* (LSIC) are parents or family members (already established in Canada), friends, organizations working with immigrants, educational institutions and health workers.

good—a trend that is in keeping with results for the Canadian population overall.

- Except for the general population, immigrant women are the only group for which the results of the analysis indicate a significant relationship between reciprocity in social networks and perceived health. Immigrant women who say they had at least one

reciprocal support relationship within their social networks were more likely to say they are in good health than their peers without such a relationship.

- The results show that for immigrant men, volunteerism and perceived health are strongly linked. Immigrant men who volunteered in the year preceding the survey are more than twice as likely to say they are in good health as their peers who had not participated in volunteer activity.
- The situation is different for the *social support index* and self-reported health. Immigrants who say they had received at least one form of social support in the year preceding the survey are more likely to report poor health. This result is likely explained by a limitation in measurement of social support inherent in the GSS data which is discussed in greater

detail at the end of this article. This negative relationship holds for the overall Canadian population as well.

Members of Low-Income Households

Some researchers hypothesize that poverty and increasing social inequality engender negative stress which, in turn, can have a negative impact on the physical and emotional health of individuals.^{7,8} Recent studies show that when solutions and the ability to adapt to stress are limited, people become more vulnerable to a whole range of diseases that affect the immune system and the hormonal system.⁸ In this context, as in many other difficult life circumstances, networks can serve as moderators in attenuating adverse living conditions, helping people to remain healthy or to increase their resilience.⁹

Results of the GSS analysis feature the following key points:

- For members of low-income households, there is a positive association between perceived good health

and the size of *networks of strong ties*. Those with *medium* or *large* networks are more likely than those with smaller networks to report good health. The relationship is stronger for men than for women in this group.

- Counter to the general trend, the perceived health of people living in low-income households is not related to networks of ties with *organizations*.
- The positive relationship between volunteering and perceived health is significantly stronger for those living in low-income households than is the case for the general population or all other groups studied. In fact, only among immigrant men is there a stronger association between volunteer participation and health.

Limitations of the Analysis

Even though the findings from the analysis of the GSS data do not allow for the establishment of causality, the current study demonstrates that social capital indicators that are closest to a network approach (i.e., networks of strong ties and networks of ties with organizations) are significantly linked to the perceived health status of Canadians. At the same time, the data available in the GSS present some important challenges.

The first is a problem often encountered by researchers when they analyze secondary data (that they did not collect): how to operationalize a model that relies on a theoretical framework that is *different* from the one used to guide the development of the database used. In general, researchers faced with this challenge have access to fewer data on which to carry out their analysis.¹⁰ This was true in the current case, where the adoption of a theoretical framework on social capital based on the network approach limited the choice of indicators of social capital available for analysis. While the resulting analyses have clearly produced interesting results that merit attention, the data available in the GSS are not sufficient to complete a full analysis of social capital based on a network approach.

Useability of GSS data posed challenges as well. The GSS, Cycle 17 does not use the more complex social support measurement tools usually used in large databases, such as that of the *National Population Health*

Survey (NPHS), which include measures of respondents' perception of the availability of social support resources. Instead, the GSS measures social support with six variables that identify respondents who have used a

form of social support in the year preceding the survey. Since it measures *use* of social support instead of the *perception of its availability*, the social support index derived from the GSS data becomes, by definition, an indicator of poor health. The integration of more sophisticated tools to measure social capital in the large databases (such as Resource Generator)¹¹ would be helpful in informing public policy.

Another limitation of the findings is related to use of the indicator of "perceived health." While it is a reliable indicator of mortality,^{12,13,14} the variable is not as objective as a composite variable of health, such as the Health Utility Index (HUI).

The results of these analyses provide a first empirical pan-Canadian snapshot of the relationships between social capital and the health of women and men in three vulnerable population groups.

Next Steps . . . What the Findings Mean

The results of these analyses provide a first empirical pan-Canadian snapshot of the relationships between social capital—as operationalized in the model described here—and the health of women and men in three vulnerable population groups.

Even though these analyses offer much food for thought, more research is required to explore and better understand the meaning behind the results. For example, why are older men the only group of men for which networks of strong ties are not significantly related to perceived health? Why are networks of ties to organizations most important to the self-reported health of seniors and immigrants? What is the nature of the relationship between volunteerism and good health?

The next few articles take a closer look at the role of social capital in the context of specific vulnerable populations, and how social capital research is informing the development of policies and programs. ☪

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.

Researchers may be contacted through <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

Social Capital and Healthy Aging

Joanne Veninga, Division of Aging and Seniors, Centre for Health Promotion, Public Health Agency of Canada

The author acknowledges the assistance of Norah Keating, Jennifer Swindle and Deborah Foster from the University of Alberta.

As a population group, seniors face a number of major life-course transitions that can put them at risk of social isolation and exclusion. A social capital perspective focusing on seniors' networks is, therefore, especially relevant when developing policies and programs that support healthy aging. Highlighting recent research on social capital and "aging well," this article examines the different types of seniors' networks and the role they can play in reducing social isolation, providing quality care and creating supportive community and voluntary sector opportunities and services.

Canada's Aging Population

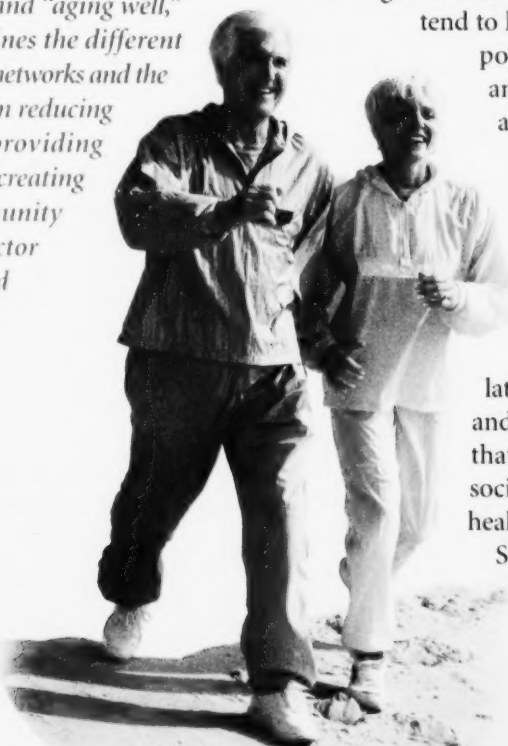
Seniors are the fastest growing population group in Canada. This population group will continue to grow as the "baby boomers" begin turning 65.¹ By the year 2015, seniors will outnumber children.¹

In 2005, seniors represented 13%² of the total population, and by 2031 it is expected that they will account for approximately 23% (see Figure 1 on page 22).³ "Oldest" seniors are the fastest growing segment; by 2056, one out of ten Canadians will be 80 years or older, compared to one in thirty in 2005.¹ More and more seniors are also "aging in place," with over 90% aged 65 and older living in the community.⁴ Women in Canada tend to live longer than men and make up 57% of the aging population.^{2,5} At age 65, a woman can expect to live another 20.8 years, whereas a man can expect to live another 17.4 years.⁵

A Time of Transitions

Many seniors undergo major life transitions in their later lives—such as retirement, declining health, forced relocation and the death of loved ones—that can strain their social networks.^{6,7,8} Social isolation also tends to increase as people age, and as family and friend networks become smaller.⁹ Research shows that those who remain actively engaged in life and socially connected are happier, physically and mentally healthier, and better able to cope with transitions.

Supportive social relations (e.g., family, friends, participation in local groups) have positive and protective effects on health,^{10,11} and people with increased social contacts and stronger support networks have lower premature death rates, less heart disease and fewer health risk factors.¹² A focus on social capital



is, therefore, particularly relevant for policy and program initiatives aimed at healthy aging. As described in the article on page 6, social capital refers to “the networks of social relations that may provide access to needed resources and supports.”

Social Networks and Aging Well

In “The Role of Social Capital in Aging Well,” Keating et al.¹³ use social capital theory to understand the different types of seniors’ networks and how they relate to aging well. The authors offer three main views of healthy aging and explore the role that networks play:

- **Maintenance of physical and cognitive health:** Do networks provide the needed resources and access to services necessary to maintain and enhance physical and cognitive status?
- **Engagement in work and community activities:** Do networks constrain or enhance these opportunities?
- **Person-environment fit:** How do networks assist in ensuring a good person-environment fit?¹³

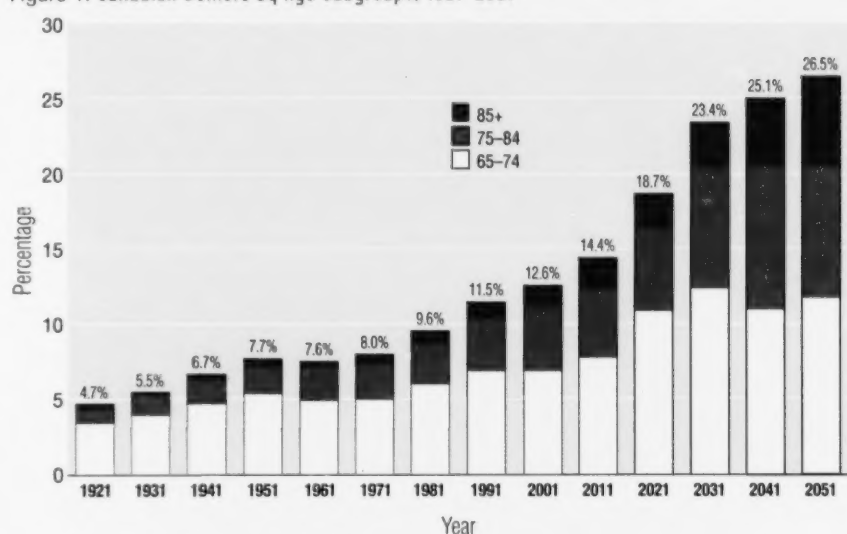
Seniors’ networks differ considerably in their composition and the resources they provide. They are categorized by Keating et al. as: **social networks** (groups of twelve to thirteen people with whom seniors have close links); **support networks** (helpful connections that include day-to-day social interactions and/or instrumental activities, such as help with chores, transportation—five to ten people); and **care networks** (networks of three to five people who provide support to seniors with long-term health problems or limited functional capacity).

Highlights of existing research offer some useful and interesting information about seniors’ networks (see sidebar on page 23).

Balancing Formal and Informal Care

Whether seniors receive formal care from professionals, rely on informal care provided by family and friends, or receive no care at all depends mainly on the size

Figure 1: Canadian Seniors by Age Subgroups, 1921–2051¹³



Source: Statistics Canada, 1999–2005.

(number of friends and family members), quality (of the relationship) and proximity (living close by) of their social networks.¹⁴ Although the nature of the Canadian family has changed, estimates suggest that approximately 80% of all care is still provided by close friends and family.¹⁵

An analysis of the 2002 *General Social Survey (GSS), Cycle 16 on Aging and Social Support*,¹⁶ examined the relationships between social networks of non-institutionalized seniors and whether they received formal, informal or no care.¹⁴ The findings confirmed the importance of care networks:

- Of seniors receiving care, 45% relied exclusively on informal networks.
- Decayed social networks owing to advanced age (even for those in stable health) and death of a spouse were related to the need for more formal care.
- Those with a large support network pool (e.g., a large family, and those who were part of a faith community) relied more on informal care.
- Those with higher levels of education and more connections within their communities relied on more formal care networks, possibly because they are better able to negotiate the institutional channels that sometimes present barriers for seniors with lower literacy. Education is also correlated with lifetime earnings and wealth, suggesting that people with more education have the means to pay for formal assistance.¹⁴

Reducing Social Isolation: Social Networks Play a Role

Social networks can benefit seniors by enhancing their sense of well-being and control and by decreasing the risk of social isolation. While social isolation tends to increase as people age, other factors play a role, including: poor health, disabilities, gender (more women are socially isolated than men¹⁸—taking into account that they live longer), loss of a spouse, living alone, reduced social networks, transportation barriers, place of residence, distrust of others, poverty and low self-esteem.^{18,19,20} It is important to recognize, however, that factors affecting one senior may not affect another in the same way. For instance, living alone does not necessarily mean someone is lonely or unsupported.⁸ Moreover, seniors who have fewer social contacts as they age may not necessarily feel dissatisfied or lonely. Research suggests that the quality of social contacts is more strongly associated with well-being than the quantity.²¹

With more seniors “aging in place,” addressing social isolation takes on a greater importance. Although research has consistently demonstrated a strong association between social isolation and health, the direction of causality between social support and health is unknown—while the lack of support networks may lead to ill health, ill health itself may lead to a reduction in social support.¹⁹ Nonetheless, programs and services can play a role in reducing isolation by promoting seniors’ participation and inclusion in their communities. Evidence suggests that communities with “high stocks”²² of social capital are better equipped to protect the health of their citizens, including the socially isolated.

More evidence on the characteristics, risk factors and potential consequences of social isolation and its impact on the quality of life of seniors is needed. A greater understanding of policies that may influence social isolation and social integration of seniors should also be examined.¹⁹ To address these information needs, the Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors acknowledged social isolation as an emerging issue and directed

Some Facts about Seniors Networks

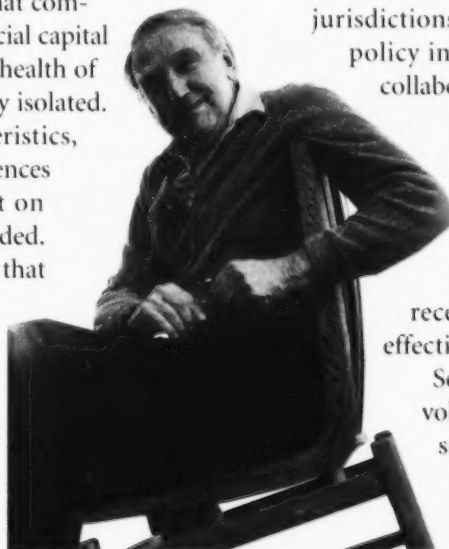
- Age is an important determinant of social and support networks—older seniors have smaller, more kin-focused social networks.
- Gender influences network composition—older women have larger support networks than older men. Much of the research on care suggests it is female-dominated, though recent findings from a national survey suggest that proportions of women and men who provide care are similar (54% are women, 46% are men).¹⁷
- Unmarried people tend to have smaller networks.
- Higher education is associated with a greater number of ties to younger friends and neighbours, while low education is associated with support from family.
- People with a higher income and better health have more ties to the wider community.
- Having higher proportions of women in their networks, higher proportions of kin and larger network size are important factors in whether seniors receive personal care.
- Highly supportive communities are relatively small in size, have higher proportions of seniors and individuals who have lived in the community for a long time, and are typified by relatively higher hours of unpaid work done by community members.¹³ Consequently, residing in a cohesive community may provide individuals with access to resources even when personal networks are lacking.

officials to study it, to share information across jurisdictions, to identify potential program and policy implications, and to develop options for collaborative work.²³

Volunteering and Healthy Aging

Volunteer activity has been shown to increase the well-being of those who volunteer, as well for those receiving services.²¹ Volunteering is also an effective means to deal with losses as one ages.²⁴

Social capital can be generated through volunteering—high levels of social capital support and maintain the health of older persons, provide informal support in times of need, reduce or delay the onset of illness and death, and enhance



overall quality of life.^{25,26} Volunteer activity throughout one's adult years also promotes healthy aging by providing people with the potential for multiple roles in older ages. It is suggested that having multiple roles in life (e.g., friend, worker, spouse, volunteer) increases social integration and aids in coping with stress.²⁷

While the proportion of seniors who are formal volunteers is lower than the national average, Canadian seniors donate the highest number of volunteer hours.^{28,29} Contributions made by seniors are vital to Canada's volunteer sector, notably to various community organizations including those created by and for seniors. It is important to recognize the value of volunteering and expand opportunities as people age to participate in meaningful volunteer activities, especially for those with health, income or transportation restrictions.³⁰

Building Social Capital

While not intentionally developed using a social capital lens, many current federal seniors' programs (e.g., Compassionate Care Leave Program, New Horizons for Seniors Program) have the potential to build social capital in order to enhance aging well. These programs contribute to the development of the three types of social capital: bonding—relations that help people “get by” with day-to-day activities; bridging—connecting people to “external assets” that may help them “get ahead”; and linking—fostering connections among networks.⁶



Bonding: Being part of an informal care network of family and friends can be stressful due to possible financial, health and emotional costs. However, formal supports to seniors (e.g., home care and community services) can alleviate some pressures on members of the informal care network. Formal supports enhance bonding social capital since they allow seniors to “age in place” while staying positively connected to their social network.¹³

A social capital perspective focusing on seniors' networks is especially relevant when developing policies that promote healthy aging. More research is needed to identify those approaches that are most effective in fostering various types of health-promoting networks.



Bridging: Programs that provide access to resources can help seniors maintain their social networks and reduce the risk of social isolation. An example is Social Development Canada's New Horizons for Seniors Program (<http://www.sdc.gc.ca/en/isp/horizons/toc.shtml>), which supports local projects that encourage seniors to contribute to their communities through social participation and active living.¹³



Linking: Programs that foster linkages among voluntary organizations and/or various levels of governmental programs can improve the access to resources for seniors and families. The Canadian Caregiver Coalition is a national organization that supports care networks and links caregiver organizations, researchers and governments on issues of public policy on caregiving (<http://www.ccc-ccan.ca/>).¹³

Looking Forward

A social capital perspective focusing on seniors' networks is especially relevant when developing policies that promote healthy aging. Some potential public policy challenges include the need to better understand the weak ties of older adults and the purposes they serve; to further examine how linkages in “physical” and “virtual” communities can be useful to older adults; to determine the place of families and care networks in aging well; and to emphasize the importance of program evaluation.¹³

The Public Health Agency of Canada “plans to use a social capital lens to better understand how social relations affect seniors' health and to examine the effectiveness (and appropriateness) of policy interventions in supporting these relations.”³¹ More research is needed to identify those approaches that are most effective in fostering various types of health-promoting networks. ●

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.

Caregiver Networks in **First Nations** and **Inuit** Communities:

A Snapshot

of Emerging Research

Sean Van Liempt, *Primary Health
Care and Public Health, First
Nations and Inuit Health Branch,
Health Canada*

As illustrated in the previous article, the evidence suggests that care networks are integral to positive health outcomes for seniors. While the literature indicates that home care is most often provided by “informal” caregivers (family, friends and neighbours), little is known about the level of informal care support in First Nations and Inuit communities. In order to expand the knowledge base on care networks in these communities and to understand the gaps in service, the Government of Canada is funding continuing care research in First Nations and Inuit communities.

An Opportunity for Building Social Capital

For First Nations and Inuit, “informal” care networks provide an opportunity to support professional “formal” care (nursing care, home care, home support, respite care, etc.) in a manner that respects First Nations and Inuit traditional and holistic, as well as contemporary, approaches to healing and wellness. Since informal caregivers come from the social networks of those receiving care, the support provided is a direct result and a tangible benefit of the social capital embedded in these networks. The benefits flow both ways. For instance, when elders receive support to age in place, their traditional wisdom, language and cultural knowledge remain available to the community.

Currently, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada fund a range of continuing care services for First Nations and Inuit communities. However, gaps and challenges remain, particularly for those clients who require more time-intensive home

supports or facility-based care and who want to receive this care while remaining in their own communities.

The Emerging Evidence Base

A collaborative study, *An Assessment of Continuing Care Requirements in First Nations and Inuit Communities*, is currently underway and, when completed, will be used as evidence in identifying policy responses to address gaps in service.¹ Because



families' needs and the care that they provide are critical considerations in any policy, an important part of this research is an analysis of the type and level of support provided by care networks of informal (family) caregivers in First Nations and Inuit communities.

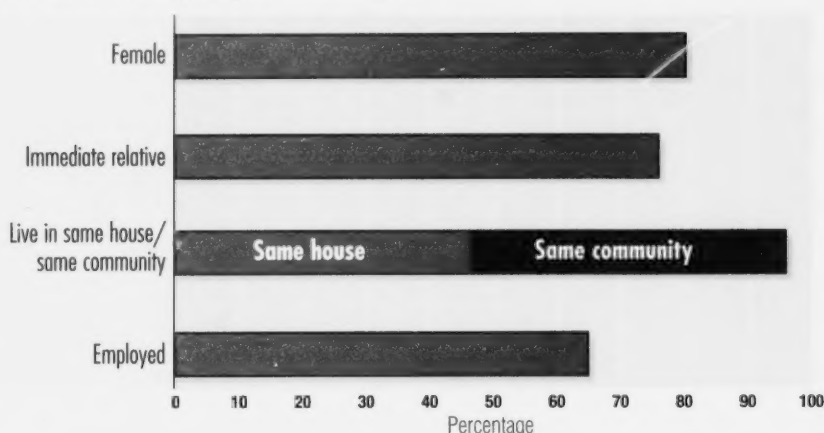
A total of 230 informal family caregivers and 450 clients (family members who receive the care) from 11 communities across three regions participated in this study. Initially, some of the data were to be collected by means of family caregiver diaries. However, community advisory groups recommended that retrospective interview tools—already available in the literature^{2,3,4,5,6}—be adapted and used instead of the diaries. One factor taken into consideration in determining the most appropriate method of data collection was related to the cultural view of caregiving—for example, participants in the Inuit communities often do not perceive caregiving as a discrete and hours-based function.

The data for this study have now been collected, and a preliminary snapshot of the results is available. As the project moves forward, results of the interviews will be used to derive a quantitative estimate of the level of informal care and support in First Nations and Inuit communities across Canada.

A Research Snapshot

A preliminary look at the data indicates that the vast majority (95%) of clients would like to receive support in their own community, from their families. The data also show that family caregivers are committed to providing care and play a critical role in ensuring clients receive the services they need, for as long as needed.

Figure 1: Selected Family Caregiver Characteristics



Source: *An Assessment of Continuing Care Requirements in First Nations and Inuit Communities, 2006.*¹

Because families' needs and the care that they provide are critical considerations in any policy, an important part of this research is an analysis of the type and level of support provided by care networks of informal (family) caregivers in First Nations and Inuit communities.

















Family Caregiver Characteristics

Eighty percent of the participants indicated that they are the client's primary caregiver. Results of the interviews, some of which are depicted in Figure 1, provide a profile of family caregivers in the study communities:

- Most family caregivers are female (79%), immediate relatives (76%), and are living in the same house (21%) or community (26%) (47%).
- Most caregivers are also employed outside the home (65%), with about one fifth (21%) indicating that caregiving duties have had an effect on their work.
- Most caregivers are between 18 and 54 years of age (95%); about 2% are over 75 years of age; and 3% are under the age of 18 years.
- More than one third (39%) of the caregivers provide care to more than one person; about half of these caregivers provide care to five or more persons.
- Nearly two thirds (63%) of family caregivers have been providing care for five years or more.

Table 1: Family Caregiver Activities

Activity	% of caregivers assisting
 Eating, meal planning, meal preparation	47
 Personal care (e.g., bathing, dressing, toileting)	35
 Communication (e.g., vision, being understood by others)	34
 Financial tasks (e.g., budgeting, bill payments, completing forms)	52
 Light housekeeping and home maintenance (e.g., light cleaning, laundry)	65
 House maintenance inside (e.g., heavier cleaning, painting)	62
 House maintenance and chores outside (e.g., shovelling snow)	60
 Mobility inside the house/facility (e.g., walking inside)	28
 Mobility outside the house/facility (e.g., getting to other places)	57
 Nursing or medical care (e.g., foot care, medications)	40
 Identifying professionals who can provide services and/or medical equipment	35
 Coordinating and arranging medical appointments and health services	42
 Obtaining medical equipment, medical supplies and medications	41
 Obtaining traditional healer/traditional medicines	4

Care and Support Provided


Findings reveal that family caregivers assist with a broad range of tasks (see Table 1), including personal care (35%) and nursing or medical-type care (40%), but are generally most actively involved in maintaining the client's home (60%–65%).

Support for Informal Caregivers

While most caregivers (87%) receive help from other family members, and some caregivers (28%) receive help from the formal care system directly, the findings point to a high potential for the primary family caregivers to experience stress and burnout. However, as mentioned in the previous article, these negative effects may be offset somewhat by the benefits of expanding or enhancing caregivers' networks (i.e., building social capital), resulting from, for example, increased assistance from other family members or from the formal care system.

Looking Forward . . .

The evidence arising from this study will help to model the needs of those clients requiring higher levels of care, including facility-based care, and will support current policy development collaboration among First Nations and Inuit, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada. Applying a social capital lens to this project draws out information about current care networks and potential benefits of and strains on these networks. This perspective will be valuable in developing policies on continuing care services and identifying how best to support informal caregivers and their families.

As this research is without precedent in Indigenous communities worldwide, it was presented at the 13th International Congress on Circumpolar Health in Siberia in June 2006. 

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.

Applying Social Capital Research in **Community-Based Evaluations**

Carl Bertoia, Departmental Performance Measurement and Evaluation Directorate, Chief Financial Officer Branch, Health Canada, and
Lauranne Matheson, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Public Health Agency of Canada

Evaluating the long-term results of community-based health programs in terms of improved health outcomes poses many challenges. This article draws on social capital research to support community-based program evaluation that is both timely and effective and makes use of intermediate outcomes, such as the ability to influence the social networks of participants and communities.

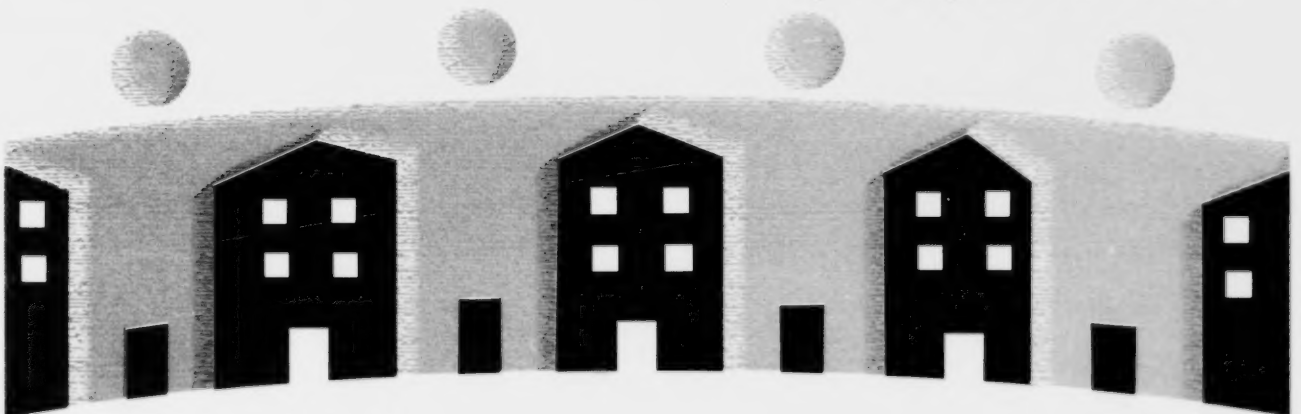
Confronting the Challenges

In an era of increased accountability and transparency, initiatives funded by all levels of government must demonstrate effectiveness and bring value to citizens. In support of this, the Government of Canada recommends that a Results-Based Management and Accountability Framework (RMAF) be completed at the outset of any new policy, program or initiative. An RMAF defines the logical sequence of results that is expected to occur from a given investment over the immediate, intermediate and long term.

Traditionally, evaluations of health initiatives have been compelled to demonstrate long-term results. However, carrying out the long-term evaluations necessary to show improvements in health outcomes is challenging. Moreover, it is difficult to attribute an improvement in a specific health outcome (e.g., a decrease in the proportion of Canadians who acquire HIV/AIDS or diabetes) to a *single* initiative, particularly within the time-sensitive pressures that shape government plans, priorities and resource allocations. In this context, it may be useful to also measure those intermediate changes that will logically lead to long-term impacts.

Social Capital: A Useful Tool

As discussed in earlier articles, while it is difficult to establish causality in the relationship between social capital and health, researchers have clearly demonstrated an empirical link between increased levels of social capital and improved health outcomes.^{1,2}



Putnam¹ has put forward a number of plausible explanations: social networks may provide tangible assistance (e.g., money, convalescent care or transportation), they may reinforce healthy norms and they may help people to mobilize health resources.

Since some community-based health initiatives have already adopted principles and strategies with the potential to influence social capital, measuring this impact over time may strengthen both the evaluation and delivery of these programs. To this end, social capital is an effective conceptual tool that can be incorporated into a program's logic framework, explaining how the key elements of a program will achieve the intended outcomes.

The example of a community-based breastfeeding program helps to illustrate the dynamics involved (see page 30). An overview of a logic framework shows how social capital can be considered both an outcome of program activity and a determinant of longer term behavioural and health outcomes.

Evaluating CAPC and CPNP

Several community-based programs of Health Canada and the Public Health Agency of Canada actively incorporate a "determinants"² approach to health and demonstrate an affinity to the concept of social capital. These include, among others, the Community Action Program for Children (CAPC) and the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP). These two programs provide long-term funding to community-based organizations and coalitions with the aim of strengthening the social connections and improving the health of potentially isolated pregnant women, mothers, children and families. Both foster the development of networks and partnerships, thereby increasing the community's

Three Dimensions of Social Capital and Types of CAPC/CPNP Evaluation Questions

Social Capital Dimensions³



Bonding

Social networks of people from similar backgrounds—such as family, loved ones, friends and similar acquaintances—homogeneous communities that bond together with strong, close ties.



Bridging

Relationships with people from diverse backgrounds where ties are weaker—heterogeneous networks that bridge social differences and often act as key sources of social leverage, providing access to resources that are quite different from one's own.



Linking

Relationships with people in positions of power—enables individuals to leverage resources, ideas, information and knowledge within a community or groups. Partnering also creates potential for organizations to leverage resources and influence policy decisions.

Types of CAPC and CPNP Evaluation Questions

Questions related to style of program delivery, including opportunities for participants to gather in collective activities with their children, partners or peers, provide information on enhancing bonding social capital.

Questions about the make-up of project committees, the number and types of volunteers, and the communities served reveal information about the opportunities for creating more diverse networks that extend beyond strict geographic or cultural boundaries.

Questions on the specific roles of participants and the nature of partnerships provide information about participants' access to power and the development of vertical networks at the community level.

capacity to provide access to a comprehensive range of services for a population living in conditions of risk.

A closer look at the programs provides insight into the strategies being employed to influence social capital and the evaluation efforts undertaken to detect influence on social capital. CAPC and CPNP have employed multiple methods to monitor their performance and evaluate their reach, relevance, implementation and impact. For example, both programs require each funded project to complete an annual administrative survey—the National Project Profile (NPP) for CAPC and the Individual Project Questionnaire (IPQ) for CPNP. While these survey instruments were not intentionally designed to measure social capital, a closer examination shows that both surveys include questions related to the capacity of projects to foster the three dimensions of social capital—bonding, bridging and linking (see sidebar above).

A further analysis of the evaluation tools provides quantitative and qualitative data that both CAPC and

Showing by Example: Applying Social Capital Theory to Community-Based Breastfeeding Programs

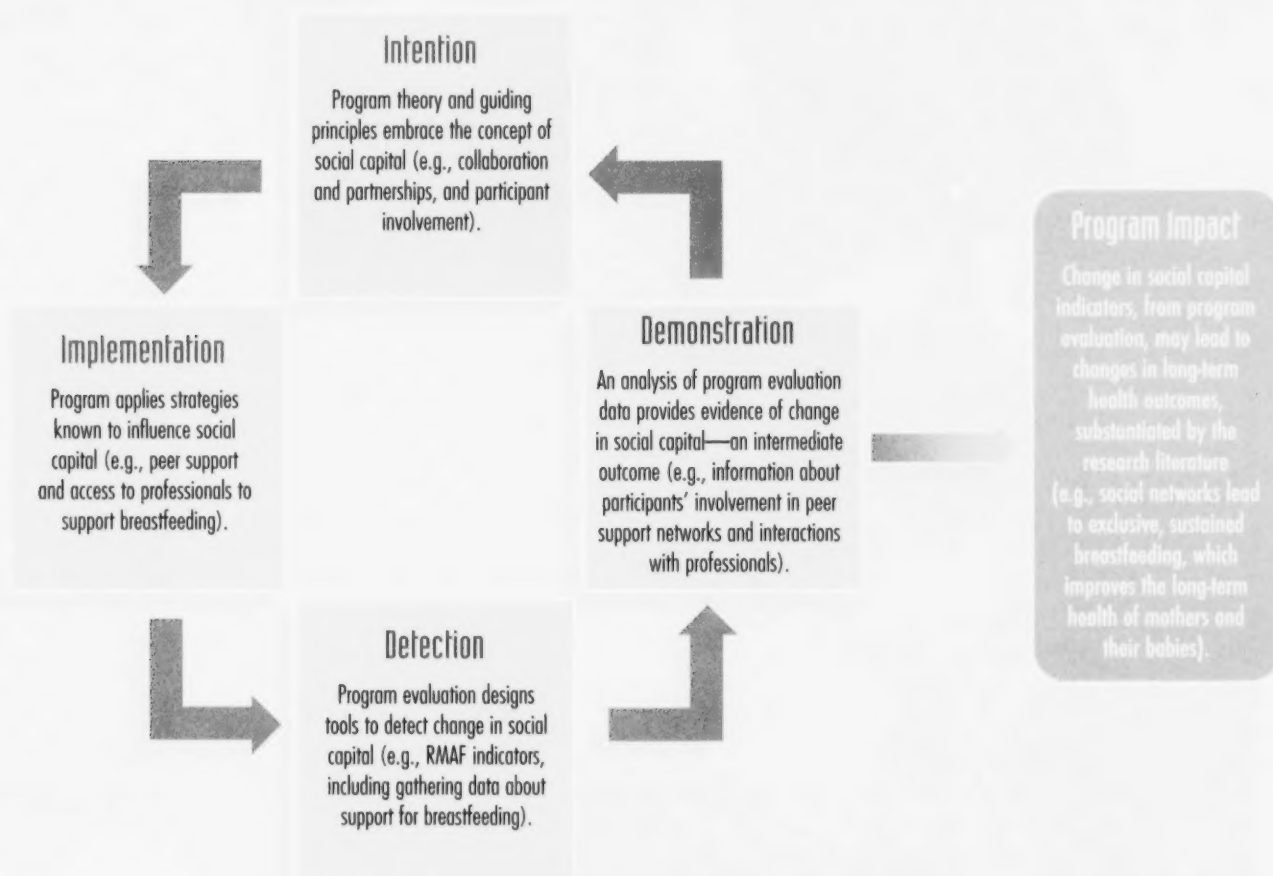
The link between exclusive and sustained breastfeeding and positive health outcomes for both mother and baby has been clearly established.⁵ Promoting breastfeeding, therefore, has become an important component of many community-based prenatal programs. Such programs employ multiple strategies, some of which have the potential to enhance the social capital stock of program participants (e.g., peer support, access to professional support).

Traditionally, program effectiveness has been assessed by tracking and measuring the breastfeeding practices of participants. However, in

light of recent evidence suggesting that the decision to initiate and sustain breastfeeding may be influenced by social capital,⁶ programs are designing evaluations to also detect changes in social capital—in this case, changes to the level and nature of *support* for breastfeeding.

The logic framework below helps to illustrate the value of and approach to applying social capital to community-based programs—both to inform and shape the program, and as an intermediate outcome that can be measured.

Social Capital Theory in Program Logic



CPNP are having an impact on the social capital at the individual (program participant) and collective (project) levels.

Building the “Bonding” Dimension

In the delivery of activities, CAPC and CPNP both provide physical and social spaces for participants to engage in group activities (e.g., food preparation, community gardens, collective kitchens, sewing circles) and encourage opportunities for reciprocal exchange of experience and information. In CPNP, 96% of projects responding to the IPQ (2003–2004) reported offering some form of social group programming. In addition, 99% provided food supplements, 90% transportation and 71% on-site child care. Each of these supports helps overcome barriers so that otherwise isolated women can increase their social networks.

Comments from CAPC parents suggest how forming these close social ties can build social capital:

“The program gave me an opportunity to make friends too. When I moved into (the city) from (the town), I was in a ‘shell.’ The program helped me to meet people who had things in common with me.”

“When I am at the Centre I feel like I am a part of something. It has also extended my social life on a personal level by meeting other parents that I could relate to . . . the motto that the people go by is that ‘it takes a village to raise a child.’”

Enhancing the “Bridging” Dimension

CAPC and CPNP collect data on the extent to which participants are involved, as volunteers, with project activities, committees or governing bodies. Through such involvement, participants are exposed to a more diverse group of people than they may have otherwise met. Data from CAPC’s NPP (2004–2005) show that participants:

- volunteered with project activities in 75% of projects
- were involved on committees in 54% of projects
- were members of the project’s governing body in 55% of projects

Many CPNP projects have developed formal roles for trained peers (outreach workers) or “resource mothers.” A project coordinator explains:

“The Peer Outreach Worker has ‘been there, done that’ and provides a sincere and trusted bridge to the program. Her training . . . converge[s] effectively with personal experience. The outcome is that she has become a valued resource for both the participants and her team.”⁷

A CAPC Participant’s Story

“I went to a convention in the city in 1999 as a program parent representative. While there, I took in a session which dealt with the learning disability that my son has since been diagnosed with . . . As a result of attending the convention, I was able to obtain information that directed me to the right resources that could be of help to my son. It has been a battle ever since but at least I know now what to do. There is not enough praise that I can give to the program. They supported me through all of this and I will never forget it. The program helped me in so many ways. Not only was I a resource mother and volunteer, I had the chance to serve on the Board as well and to take part in such things as the Annual General Meeting and planning days.”

Expanding the “Linking” Dimension

CAPC and CPNP projects are encouraged to partner with other organizations as a way to help manage, coordinate and deliver activities. Partnering also broadens the potential networks of program participants. The NPP shows that an average project has 16 partners, the most common being health organizations, educational institutions, neighbourhood community organizations and family/early childhood resources. The linking aspect of social capital is also demonstrated through referrals. In the 2003–2004 IPQ data, 95% of 181 CPNP projects surveyed made 46,000 referrals to other agencies or services, including health professionals, food banks, prenatal classes, early childhood

intervention programs, parenting courses, social services, housing agencies and substance abuse programs.

Implications and Benefits

By establishing empirical links between increases in social capital and improved health outcomes, social capital research supports the efforts of community-based programs to measure and report changes in social capital as intermediate outcomes that may lead to long-term improvements in health outcomes.

How Can Social Capital Inform Public Health Policy?

Sandra Franke, Policy Research Initiative, Government of Canada

While the previous articles have discussed the application of social capital within specific program areas, this article provides a broad summary of the various ways in which governments can consider social capital in the development of health policies and programs.

Governments have a number of opportunities for taking social capital into account in public health policy and program development. Depending on the issue, one or more of the following approaches might be appropriate.¹

Building and Supporting Networks

Many government programs already incorporate explicit measures to influence or promote network formation as a means for achieving program objectives. For example, public health promotion initiatives often contribute to the building of connections between program participants, between community partners or among users and non-users of services. An explicit consideration of social capital effects may mean that we more systematically track and evaluate how these measures have contributed (or not) to the expected outcomes of the program, and that we have information on which to adjust programs and policies to emphasize certain kinds of networks in particular situations.

Tapping into Existing Social Networks to Deliver Programs

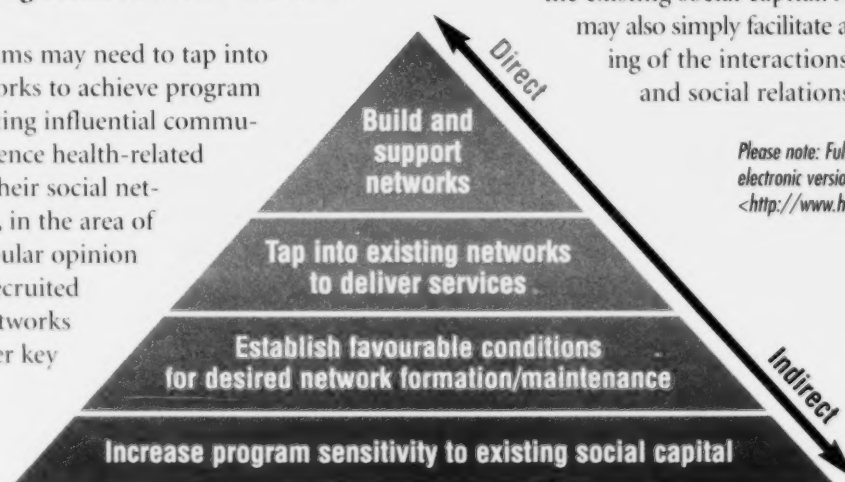
Government programs may need to tap into existing social networks to achieve program objectives by recruiting influential community leaders to influence health-related behaviours within their social networks. For example, in the area of HIV and AIDS, popular opinion leaders have been recruited within the social networks of gay men to deliver key health messages to their peers.²

Establishing Favourable Conditions

In some cases, it may be more fruitful for public programs to invest in establishing broad, favourable conditions for the generation of social capital rather than attempting to directly shape network development. This can be done through the assistance of social “brokers” or “entrepreneurs,” by investing in public space and infrastructure which, in turn, supports opportunities for social interaction. Alternatively, local leaders or specific public service representatives can be supported in their efforts to create linkages and mobilize community networks.

Increasing Program Sensitivity to Existing Patterns of Social Capital

This approach involves gathering and integrating information about existing social networks into health policy and program design, implementation and evaluation—raising the awareness of policy and decision makers about the potential impacts of new interventions or changes in policy directions on the existing social capital. A social capital lens may also simply facilitate a better understanding of the interactions between policies and social relationships. ☉



Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.

Figure 1: Influencing Public Policy with Social Capital

Source: Adapted with permission from Policy Research Initiative, 2005.¹



Did You Know?

Did You Know? is a regular column of the Health Policy Research Bulletin examining aspects of health information, data and research that may be subject to misconception. In this issue we focus on "trust" and examine some interesting observations and viewpoints on its relationship to social capital and health.

Social Capital, Trust and Health Inequalities

Richard Duranceau, Policy Division, Health Policy Branch, Health Canada

The author would like to acknowledge the input of Mark Wheeler, Linda Senzilet, Derek McCall and Talia DeLaurentis, all from the Policy Division, Health Policy Branch, Health Canada.

Trust is defined as "the belief or confidence in the . . . skill, or safety of a person, organization or thing."¹ Social capital theorists describe trust as a relationship that creates both an obligation and expectation, in which trust is seen as a type of "credit" that imparts a sense of security in relationships.¹

When looking at social capital, it is important to consider trust at two sub-levels:

- interpersonal relationships
- relationships with institutions¹

While trust has been identified as an indicator of social capital, measurement has proven to be challenging because the precise nature of the relationship is disputed. However, some interesting evidence suggests that trust is a factor in social capital, good health, and individual and societal prosperity.

Trust and Social Capital: Outcome or Precondition?

While some researchers see trust as an outcome of social capital, others consider it to be a precondition. This difference in viewpoints may depend upon the distinction between interpersonal trust and trust in institutions. Robert Putnam² defines social capital as: "The characteristics of the social organization such as

networks, norms and social trust that facilitate coordination and cooperation for mutual benefit." Putnam's view of trust is society-centred, as he is interested in how interpersonal trust is created through social interaction. Alternatively, Woolcock³ argues that: "trust . . . is important in its own but [it] . . . is more accurately understood as an outcome of repeated interactions, of credible legal institutions, or reputations." Woolcock views trust as being created through institutions—that credible political institutions can build trust. While both authors see social capital and trust as closely related concepts, Putnam argues that trust (interpersonal or institutional) can be seen as an indicator of social capital. Therefore, variations in the levels of interpersonal trust or trust in institutions may reflect differences in the level of social capital.

Interpersonal Trust and Health: Is There a Relationship?

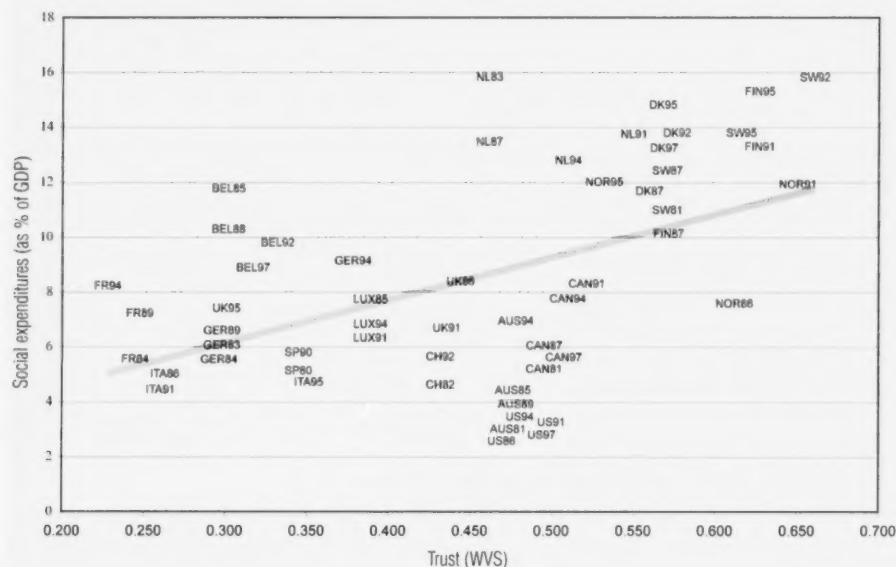
Drawing on social capital research regarding the norms of reciprocity, social and civic participation, and trust, social epidemiological studies have investigated the relationship between trust, mortality rates and self-reported health status. Research by Kawachi et al.,⁴ for example, has shown a link between levels of interpersonal trust and age-adjusted mortality by region in the United States, with higher mortality rates in states that had high percentages of respondents indicating that: "Most people would try to take advantage of you if they got the chance."

Southern U.S. states such as Louisiana, Mississippi, Alabama, Georgia and Oklahoma had the highest percentage of respondents reporting lower levels of interpersonal trust. Kawachi and Kennedy⁵ suggest

that these states are characterized by values that support a minimal role for government in the reduction of health inequalities. The authors state that: "The social and political culture of these places truncate the range of social opportunities available to people with lower incomes, and thereby increase their vulnerability to ill health."

Social Capital

Figure 1: Social Expenditures as a Percent of GDP for Selected Countries, by Level of Trust



Source: Adapted with permission from Schwabish et al., 2004.⁶

Trust and Socioeconomic Inequalities: Is There a Link?

Interestingly, societies with low levels of trust also appear to have greater socioeconomic inequities and lower levels of social expenditures. In cross-national studies on the effects of inequality and trust on social expenditures, Schwabish et al.⁶ found that there was a strong and positive association between different measures of trust and social spending. For example, as Figure 1 illustrates, the Scandinavian countries (Denmark [DK], Sweden [SW], Finland [FIN] and Norway [NOR]) that have devoted considerable resources for social expenditures have also reported a higher level of trust compared to Canada (CAN), Australia (AUS), the United Kingdom (UK) and the United States (US). The position of the Czech Republic (CH) in the mid-range of the graph is interesting, given that it was part of the former Communist bloc and is comparable with some Western European countries on the graph. Some of the countries such as Spain (SPA), France (FR), Italy (ITA), Germany (GER), Belgium (BEL), the Netherlands (NL) and Luxembourg (LUX) have lower levels of trust but higher levels of social expenditures. Further research is needed to understand the dynamic at play in these countries.

It should also be noted, however, that the issue of reverse causality cannot be ruled out. Social expenditures may well influence the levels of trust and social capital within these societies. More research will be

needed to understand the causal pathways between trust and social expenditures. However, Figure 1 does provide some provocative, if tentative, conclusions.

Trust, Inequality and Health: What Are the Dynamics?

While research on the “gradient” has established a link between the level of socioeconomic and health inequalities within a society, the dynamic of this relationship has been the subject of much discussion and debate.⁷ However, the research on “trust” offers some interesting insights.

Researchers have noted that people living in societies that accept inequalities and social hierarchy as natural are at greater risk for health problems as a result of their social location. Richard Wilkinson⁸ has theorized that competition, conflict and high stress levels can contribute to poorer health outcomes. Wilkinson concluded that societies with high levels of income inequality and low levels of trust are important contributors to health inequalities. *But why?*

A Question of Institutional Trust

Research has indicated that there are numerous social factors (stress, social exclusion, work, unemployment, social support and food) which can contribute to poor

Reading the Graph

Based on the trust index from the World Values Survey (WVS)—a worldwide survey of sociocultural and political change—and social expenditures as a percentage of GDP, the countries represented in Figure 1 are discussed in the text below. Several waves of the WVS have been conducted and, where available, are indicated for the respective countries by year.



Who's Doing What?

Who's Doing What? is a regular column of the Health Policy Research Bulletin that looks at key players involved in policy research related to the theme area. This column highlights some of the groups and organizations generating and using research on social capital.

Julie Creasey *Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch, Health Canada*

The author acknowledges the assistance of Sandra Franke, Policy Research Initiative, Government of Canada, and Solange van Kemenade, Policy Research Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada.

Government of Canada

Policy Research Initiative (PRI)

The PRI contributes to the Government of Canada's medium-term policy planning by conducting horizontal research projects, and by harnessing knowledge and expertise from within the federal government and from universities and research organizations. In 2003, the PRI launched an interdepartmental project to investigate the relevance and usefulness of social capital as a public policy tool. This two-year project has culminated in three major publications:

- *Social Capital as a Public Policy Tool: Project Report*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/SC_Synthesis_E.pdf>
- *Social Capital in Action: Thematic Policy Studies*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/SC_Thematic_E.pdf>
- *Measurement of Social Capital: Reference Document for Public Policy Research, Development and Evaluation*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/Measurement_E.pdf>

In addition, themes and articles on social capital have been featured in a number of PRI publications.

Visit the PRI website (http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=rp_sc_index) to access these articles and for additional information on PRI social capital research activities and events, including information from an international conference—The Opportunity and Challenge of Diversity: A Role for Social Capital?

Health Canada and the Public Health Agency of Canada (PHAC)

Policy Research Division (PRD), Strategic Policy Directorate, PHAC

The PRD (formerly part of Health Canada's Population and Public Health Branch) has been conducting research on social capital since 2001. This research has contributed to:

- identifying and documenting reference material on social capital, as well as works produced by Canadian researchers and government initiatives
- developing a module of survey questions for use by Statistics Canada in health and other surveys
- developing social capital indicators for evaluating community intervention projects funded by Health Canada and PHAC (e.g., Effectiveness of Community Interventions Project)

Some of this PRD research is featured in the following publications:

- *Social Capital as a Health Determinant: How is it Defined?*
<http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2003-0207-social-defin/index_e.html>
- *Social Capital as a Health Determinant: How is it Measured?*
<http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2003-0208-social-meas-mes/index_e.html>
- *Can Public Policy Address Social Capital?* <http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v6n3_art_07>

In 2004, the PRD joined with the University of Ottawa's Institute of Population Health to analyze the data from the 2003 General Social Survey (GSS), Cycle 17—to examine the relationship between social capital and health. In addition to the results presented in this issue of the Bulletin, their research has been published in:

- *What Impact Does Social Capital Have on the Health of Canadians?*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=pub_wp_abs#WP0010>
- *An Analysis of Social Capital and Health Using a Network Approach: Findings and Limitations*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v8n2_art_18>

Office of the Voluntary Sector, PHAC

Canada's non-profit and voluntary sector, comprised of 161,000 organizations, is a significant player in the growth and development of social networks. Through its reach into Canadian communities, the sector uses virtual and physical networks at the local, regional and national levels to generate and disseminate knowledge, expertise and programs, and to engage Canadians on policy issues and mobilize volunteers and professionals to provide services. To find out more, visit:

- Voluntary Sector Forum
<<http://www.voluntary-sector.ca>>
- Human Resource Council for the Non-Profit/Voluntary Sector <<http://www.hrcouncil.ca>>
- Health Charities Coalition of Canada
<<http://www.healthcharities.ca>>

Two projects provide examples of key areas of social capital public policy in action—helping populations at risk of exclusion and promoting community development:

- The Canadian Federation for Sexual Health (Planned Parenthood Federation of Canada) engages youth in health policy and expands youth volunteerism (visit: <<http://www.ppfc.ca>>).
- The Best Medicines Coalition encourages participation of Canadians living with chronic diseases in health regulatory policy decision making (visit: <<http://www.bestmedicines.ca>>).

Statistics Canada

- Social engagement and civic participation: Are rural and small town populations really at an advantage? (*Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, 6(4), available from: <<http://www.statcan.ca/english/freepub/21-006-XIE/21-006-XIE2005004.pdf>>).

Data from the 2003 GSS, Cycle 17, were used to determine whether residents of rural and small towns are more likely than residents of larger urban centres to be involved in organizations; to establish and maintain social relationships with friends, relatives and neighbours; to volunteer; to be involved in various social and political activities; and to express trust toward other people.

Other National Governments

- The Australian Bureau of Statistics develops social capital related statistics and tests new surveys. Work is underway to include social capital and voluntary work topics in the 2006 Australian General Social Survey (visit: <<http://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/Home/themes>>).
- The U.K. Office for National Statistics (ONS) has a social capital project that includes a literature review, measurement research, and a Social Capital Question Bank reference tool based on an ONS survey matrix (visit: <<http://www.statistics.gov.uk/socialcapital/default.asp>>).

International Organizations

- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) is working to define social capital and generate research focused on nationally comparable indicators (visit: <http://www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_34543_1850913_1_1_1,00.html>).
- The Inter-American Development Bank Initiative on Social Capital, Ethics and Development produces an online weekly bulletin (visit: <http://www.iadb.org/etica/documentos/Blt_23Enero2006-I.htm>).
- The World Bank has taken a lead in examining social capital from an international social development perspective. Efforts are being made to stimulate social capital research to enhance understanding of the concept, and to increase the potential for programs and policies to reduce poverty, improve social stability, and aid in economic development (visit: <<http://www.worldbank.org/poverty>>).

Internet Resources

- The Social Capital Gateway is a personal, non-profit website that provides access to extensive, categorized reading lists on social capital, information on news and events, and links to other online research information (visit: <<http://www.socialcapitalgateway.org/index.htm>>).
- The Networks Digest provides access to websites, articles and book summaries on network information (visit: <http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/networks_digest_e.php>).



Using Canada's Health Data is a regular column of the Health Policy Research Bulletin highlighting some of the methods used in analyzing health data. In this issue, we examine the challenge of using data from complex surveys.

Elena Tipenko *Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch, Health Canada*

The author would like to acknowledge the input of **Allan Gordon** *Applied Research and Analysis Directorate, Health Canada*, **Chris Oster** *Office of Nutrition Policy and Promotion, Health Canada*, and **Julie Creasey** *Applied Research and Analysis Directorate, Health Canada*.

Challenges with Complex Surveys

Complex surveys, such as the *Canadian Community Health Survey (CCHS)*, the *National Population Health Survey (NPHS)* and the *General Social Survey (GSS)*, provide valuable data to the health policy research community. But surveys such as these collect data via complex survey design, so extra care must be taken at the analysis stage. Many researchers and those who use complex survey information may not be aware of the important steps that must be followed.

Complex Survey Design: Sampling Methods

Ideally, survey data would be collected from every unit (e.g., respondent) in a given population, so the analysis could be based upon the true population values. But surveying an entire population is impractical, time-consuming and expensive, so data are gathered from a sample of the population and **estimates** of the true population parameters (e.g., mean, standard deviation) are made. The challenge is then to assess the reliability of these estimates—a difficult task given the types and combinations of sampling methods used in complex survey design.

Complex survey design often includes stratification and cluster sampling (see sidebar) in one or more stages, where the clusters may be sampled with unequal probabilities of selection. Consequently, most statistical computer programs cannot accurately process data from complex surveys because the programs are designed solely for data collected from simple random sampling. This can lead to several problems.

Failure to account for complex survey design leads to an underestimating standard error (measure of variability of an estimate) which then leads to invalid conclusions, including conclusions about the reliability of the estimates. For example, an analysis that does not take the required steps for complex survey data may show statistically significant relationships when they do not exist.

Three Common Sampling Methods

Simple Random Sampling

- the most basic form
- select a number of sampling units, such as respondents, at random from the total population

Stratified Sampling

- use if the units in the population are quite different (e.g., income of men and women)
- group units of interest into subgroups called strata, then draw a random sample from each stratum

Cluster Sampling

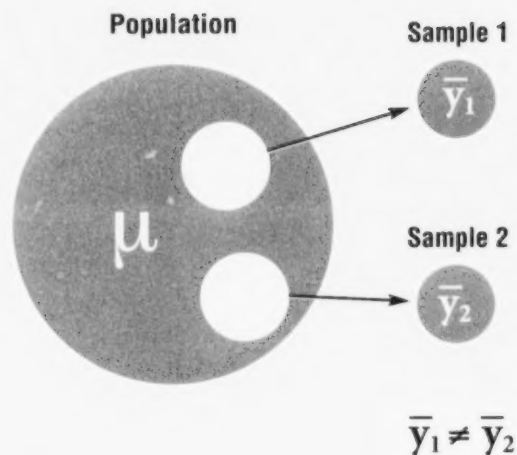
- randomly select large sampling units or clusters (e.g., high schools); within the clusters, survey the observation units (e.g., students)

The Importance of Accuracy and Precision

Both accuracy and precision are key to assessing the reliability of estimates. Accuracy of an estimate is closely related to systematic errors (e.g., non-response or misleading questionnaires) and helps to reveal how close an estimate is to the true population parameter. Statistics Canada invests considerable time and effort toward reducing systematic errors.

Precision refers to the amount of variability in estimates that are made from different samples, as different samples from the same population produce different estimates. As Figure 1 illustrates, two different samples have been drawn from the population in order to estimate an unknown true population mean (μ). However, the estimates from these samples (\bar{y}_1 and \bar{y}_2) will most likely be different. **Standard error** is the measure of the variability among estimates

Figure 1: Different Samples Yield Different Estimates



derived from the different samples and, therefore, is an indicator of the precision of the estimates. When the standard error is small, estimates made from different samples will be closer in value and more precise. The value of the standard error depends on:

- population variance (or spread of the population)
- the number of observations (N) in the population
- the number of observations (n) in the sample
- the sampling method through which the random sample is chosen

Assessing Reliability

Standard error provides some insight into the precision of estimates. However, in order to assess the reliability and quality of an estimate, a measure of the relative variability of an estimate called the **coefficient of variation (CV)** of an estimate is needed. The CV of an estimate is the standard error of the estimate divided by the estimate itself. For estimating the mean, the coefficient of variation is:

$$\text{coefficient of variation (CV)} = \frac{\text{standard error of the mean}}{\text{mean}} \times 100\%$$

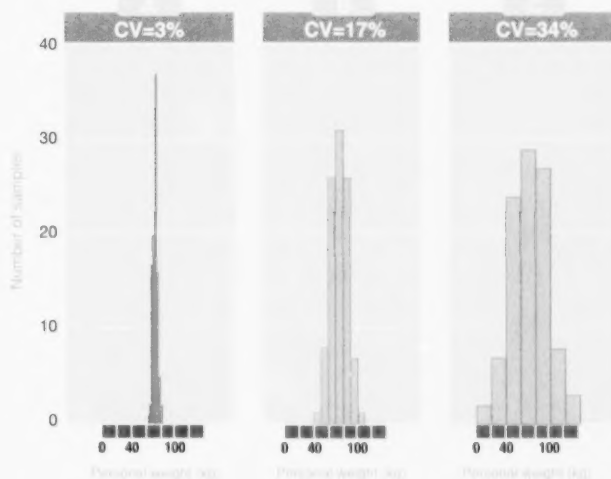
A Closer Look at Sampling Distribution

Suppose that *all* possible samples of a specified size (*n*) were drawn from a population. Further, suppose that a **statistic** (e.g., a mean, proportion, standard deviation) is computed for each of these samples. The probability distribution of this statistic is called the **sampling distribution**.

The Value of CVs: Through Example

Figure 2 shows three hypothetical **sampling distributions** of personal weight mean, along with the corresponding CVs of the estimates. The CVs indicate the relative variability of each estimate. A smaller CV, as in Figure 2A, indicates that the way the sample is drawn (e.g., sampling method, sample size) will lead to a precise and reliable estimate, since estimates from all samples drawn in the same way will be close in value. If the CV of an estimate is too large, as in Figure 2C, estimates will be unreliable and unacceptable, since the different samples can produce very different estimates. Therefore, the greater the relative variability in the estimates from sample to sample, the less reliable the estimates are.

Figure 2: Personal Weight Mean—Three Sampling Distributions



The Steps

With the challenges of complex surveys and the importance of precision in mind, there are some key steps to be aware of and to follow.

Step One: *Ensure that the number of sampled units in the calculation of the estimate is greater than 30.* If the number of sampled respondents is less than 30, the

Table 1: Statistics Canada's Sampling Variability Guidelines

Type of Estimate	CV (%)	Guidelines
Acceptable	0.0–16.5	Estimates can be released.
Marginal	16.6–33.3	Estimates can be released with a warning about high sampling variability associated with the estimates.
Unacceptable	>33.3	Recommend not releasing estimates, as conclusions based on these data will be unreliable and most likely invalid.

Source: Statistics Canada, adapted from CCHS, Cycle 1.1, 2000–2001, Public Use Microdata File Documentation.

estimate should not be released, because the CV of the estimate based on a small sample size is too unpredictable to be presented.

Step Two: Find the approximate coefficient of variation for categorical-type estimates (the measurement scale consists of a set of categories, i.e., yes/no questions) and proportions using CV tables. For Statistics Canada surveys, CV values for categorical estimates can be found by using the Approximate Sampling Variability Tables, commonly referred to as “CV Tables.” The CVs are based on the size of the estimate, and are approximations derived from the variance formula for simple random sampling, incorporating a factor that reflects the multi-stage, clustered nature of complex survey design.

Step Three: Use guidelines to assess the coefficient of variation for an acceptable range. With an approximate CV, assess the acceptability of the estimate using Statistics Canada guidelines (see Table 1).

Step Four: If required, calculate the exact coefficient of variation. Calculating the exact CV for complex survey data is not an easy task, but it may be required if:

- CV tables are not available or do not provide the required information
- an estimate of more sophisticated statistics such as the coefficient of correlation, or estimates of coefficients from linear regression are required

- an estimate of quantitative variables (variables measured on a numeric scale, such as weight) is needed
- the CV found using the CV table is in the 16.6%–33.3% range

Unfortunately, there is no simple mathematical formula to calculate standard error in complex surveys, so finding an exact CV of an estimate can be difficult.

The **bootstrap method** is recommended to calculate CVs when working with Share Files of most health surveys, and the **adjusted average weight** method is recommended when working with Public Use Microdata Files. Information on both methods is available through Data Help Service at: <data_données@hc-sc.gc.ca>.

Unfortunately, there is no simple mathematical formula to calculate standard error in complex surveys, so finding an exact CV of an estimate can be difficult.

Meeting the Challenge

When using estimates from complex survey data, it is important to understand the challenges that underlie these surveys and to be aware of the additional steps required to assess any results. The steps outlined in this article are important to follow, especially before releasing and/or publishing estimates. By taking these precautions at the analysis stage, both researchers and information users can have increased confidence in the quality and reliability of results from complex surveys. ②



New and Noteworthy is a regular column of the Health Policy Research Bulletin showcasing policy research in the health field. In this issue, we highlight research funded through Health Canada's Health Policy Research Program.

Support for Health Policy Research

Health Canada's **Health Policy Research Program (HPRP)** supports a range of initiatives including primary, secondary and synthesis research, and policy research workshops, seminars and conferences. Since the program's inception in 2001, 25 initiatives have been funded; six recently completed research projects are summarized below. For more information about HPRP, or to obtain summaries of any of these reports, contact <RMDDinfo@hc-sc.gc.ca>.

Governance for Patient Safety: Lessons from Industry (Dr. Sam Sheps, University of British Columbia)

Researchers assessed governance and safety of several high-reliability industries to identify what structures and processes are relevant to health care. Their study included a critical appraisal of the literature, discussions with industry experts (in aviation, nuclear power, rail and health care), and attendance at industry meetings and conferences. Key recommendations include the creation of a Canadian Patient Safety Agency as an independent entity reporting directly to Parliament.

The Socioeconomic Gradient in Health: Evidence from Nova Scotia and Newfoundland, 1985–2001 (Dr. Ronald Colman, Genuine Progress Index Atlantic Society)

This study focused on “unpacking” the gradient in Atlantic Canada to identify which health determinants make the largest contribution to measured health inequality, and

where efforts to reduce the gradient should be directed. Results revealed that income is the single most important contributor to socioeconomic inequality in health for the Newfoundland and two Nova Scotia communities studied.

Unpacking the Health Gradient: A Canadian Intra-Metropolitan Research Program (Dr. Nancy A. Ross, McGill University)

This research program consisted of three interrelated projects conducted over two years. Researchers found that gradients vary by gender, outcome and urban context; neighbourhoods have a greater influence on individuals' behaviour than they do on actual health outcomes; and the type of income earned (i.e., transfer payments or earned income) has an influence on individual-level health.

Determinants of Social and School Adaptation: A Study of Twins (Dr. Michel Boivin, University of Laval)

Researchers linked with l'Étude de Jumeaux **Nouveau-nés du Québec** (a study on newborn twins in Québec) used longitudinal data to examine the factors involved in the development of social and school problems for entry into the school system. The results indicated that behavioural and school difficulties originate in the preschool years. Some children, particularly those from more disadvantaged family environments, do not do as well in school for the most part because they begin school less well prepared, but also because they demonstrate externalized problems.

Public Perception and Acceptable Level of Health Risk (Dr. Daniel Krewski, University of Ottawa)

Using several methods, including data from a national survey on risk perception, investigators found that Canadians believe risks to be acceptable as long as

Health Regulation Research Conference Update

Health Canada hosted the Health Regulation Research Conference in Ottawa on March 22 and 23, 2006. The objectives were to:

- 1 support effective collaboration between policy makers and the academic community
- 2 facilitate the building of multidisciplinary research teams focusing on health regulation
- 3 work toward the development of a health regulatory policy research agenda

The event resulted in very positive feedback; participants included 47 academics and 42 federal policy officials. Health Canada is now exploring options for following up on the lessons learned, and HPRP is planning a Request for Applications for regulation research for the fall of 2006.

they are voluntary and that, over the last decade, Canadians have made large increases in trust and dependence in the ability of government and experts to make decisions and regulate health risks.

Family, Community and Health in the Context of Economic Change (Dr. Roderic Beaujot, University of Western Ontario)

Investigators conducted a number of studies, using data mainly from Statistics Canada surveys, to better understand the influence of families and communities on population and individual health. The studies presented findings on: the family structure and mental health of adults and children; income and health; community characteristics, social cohesion and health; and timing and trajectories to parenthood, and the values of children. ☐

Applying Social Capital Research in Community-Based Evaluation continued from page 31

For example, in addition to the longer term efforts required for measuring child health functioning, parent caretaking skills and attributes of parents and families,⁸ community-based programs could benefit from a more deliberative approach to measuring social capital. By reviewing their evaluation measures in light of social capital indicators, such programs could strengthen and increase the usefulness and reliability of their evaluation instruments and results.

Social capital questions and variables from the *General Social Survey* (GSS), Cycle 17, as well as tools such as the *Social Capital Impact Assessment*⁹ provide a good starting point. Questions from these sources could be adapted to suit the evaluation needs of community-based programs like CAPC and CPNP. Additionally, the construction of program theory could take advantage of what is being learned about the links between social capital and health and build this knowledge into RMAFs, logic models or other evaluation tools. Finally, the increasing interest in the network approach to social capital and related body of research holds promise for community-based programs interested in strengthening and measuring their network-building capacity at the participant and project level. ☐

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.

Did You Know? continued from page 34

health outcomes for people of low socioeconomic status. As a consequence, social expenditures to reduce labour market disparities and unemployment, improve the stock of housing and enhance neighbourhood social supports may also enhance the health and well-being of a given population.

As Figure 1 on page 34 shows, more cohesive and trusting societies appear willing to support social expenditures. In less trusting societies, people may have decreased confidence in the abilities of institutions to make investments in social programs that will be effective in reducing inequalities. On the other hand, societies that view social inequalities as unjust and intolerable are more likely to implement policies to reduce income inequality and its harmful effects upon the well-being (including the health) of individuals and families.

A Question of Interpersonal Trust

The work of Wilkinson and Kawachi,^{4,5,7,8} among others, suggests that social values which are supportive of social inequalities can create competition, stress and conflict, which in turn may lead to lower levels of interpersonal trust (and lower levels of social capital). Societies with high levels of interpersonal distrust may lack the capacity to create the kind of social supports and connections that may promote population health. However, societies that value more egalitarian social and economic relations may be more likely to have higher levels of interpersonal trust and higher levels of social capital, which have been linked to improved health outcomes. It may be easier to create the kind of social supports and networks that may promote the collective health and well-being of their communities when individuals trust each other.

To Sum Up

Some researchers suggest that trust is a useful indicator of the presence or absence of social capital. A number of studies have revealed some interesting findings on the influence that both interpersonal and institutional trust may have over the extent of health inequalities within society. Ideally, future research will determine the nature of the relationship between social capital (trust) and health inequalities. ☐

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <<http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>>.



Mark Your Calendar

What	When	Theme
Journées annuelles de santé publique 2006: 10 Years of Boundless Knowledge	October 23–27, 2006 Montréal, QC < http://www.inspq.qc.ca/jasp/default.asp?A=7&Lg=en >	Sharing information on Québec, Canadian and international public health practices
23rd Statistics Canada International Methodology Symposium	November 1–3, 2006 Gatineau, QC < http://www.statcan.ca/english/conferences/symposium2006/index.htm >	Methodological issues related to producing reliable information on population health
Integrated Chronic Disease Prevention: Building It Together	November 5–8, 2006 Ottawa, ON < http://www.cdpc.ca/ >	Focusing on key elements required to build a coordinated system to promote health and reduce disease burden in Canada
4th Biennial Rural Health Conference	November 9–11, 2006 Kananaskis, AB < http://www.health-in-action.org/library/pdf/Conferences/Nov%2006/Rural_health_2006.pdf >	Linking front-line practitioners and researchers on rural health: from practice to research
6th International Healthy Workplaces in Action 2006	November 31–December 1, 2006 Markham, ON < ">http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=1209&ContentID=707&SiteNodeID=244&BL_ExpandID=> >	The winning formula for healthy work environments in health care settings
38th Conference of the Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health	December 3–6, 2006 Bangkok, Thailand < http://www.apacph2006.org/index1.html >	Highlighting the need for communities and institutions to be equal partners for the development of human security and health
Today's Information for Tomorrow's Improvements	February 16–18, 2007 Victoria, BC < http://itch.uvic.ca/ >	An international conference focusing on information technology and communication in health
Greying Nation: Transitions of Care in Later Life	March 21–23, 2007 Edmonton, AB < http://www.capitalhealth.ca/NewsAndEvents/ConferenceAndEvents/The_Greying_Nation_Conference.htm >	Addressing how the health care sector can adapt to the population's changing needs in later life
Family Centred Care in Context—Meeting at the Intersection: Strengthening Child, Family and Professional Partnerships	April 29–May 1, 2007 Calgary, AB < http://www.sacyhn.ca/pages/fccbackground.html >	Bringing together parents, professionals, policy makers and researchers to develop a common understanding of family centred care
19th World Conference on Health Promotion and Health Education—Health Promotion Comes of Age: Research, Policy and Practice for the 21st Century	June 11–15, 2007 Vancouver, BC http://www.ihpeconference.org/	Reviewing and critically reassessing health promotion's progress since the <i>Ottawa Charter</i> and setting the course for new challenges in an increasingly globalized world



Santé
Canada

Health
Canada

PLEINS FEUX SUR LE LIEN POLITIQUES-RECHERCHE

NUMÉRO 12, SEPTEMBRE 2006



Recherche sur les politiques de santé

Bulletin

Le capital social et la santé : Bonifier les avantages

La recherche a confirmé les effets bénéfiques du capital social dans divers secteurs, dont celui de la santé. Cette constatation a incité Santé Canada et plusieurs autres ministères fédéraux à investir des efforts à ce chapitre. Emboitant le pas en 2003, le Projet de recherche sur les politiques (PRP) du gouvernement du Canada tentait de déterminer en quoi les politiques publiques pouvaient exploiter le capital social pour mieux desservir les Canadiennes et les Canadiens.

Partant de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé et des études initiales de Santé Canada sur le lien entre le capital social et la santé, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada s'associaient, en 2004, à l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa pour effectuer une première analyse nationale des liens entre le capital social et la santé de la population canadienne. En diffusant ces travaux, ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* vise à :

- présenter l'évolution des études sur la corrélation entre les liens sociaux et la santé, et discuter des effets du concept de capital social;
- faire ressortir diverses approches engagées pour définir le capital social, dont celle axée sur « les réseaux » convenue par les ministères fédéraux, et présenter un modèle analytique pour mesurer les liens entre le capital social et la santé;
- expliquer en quoi ce modèle a servi à analyser l'*Enquête sociale générale* (ESG) de 2003 sur l'*engagement social* et décrire les résultats au niveau de la population canadienne en général et de sous-populations choisies;
- examiner des secteurs de politiques et de programmes clés où le capital social joue déjà un rôle et les incidences des récentes études.

Somme toute, dans l'optique d'établir si les gouvernements devraient aider à bâtir ou à renforcer le capital social, le Bulletin souligne que ces derniers influencent déjà, de diverses façons, l'organisation des relations sociales—parfois avec des effets non intentionnels. Par conséquent, l'adoption d'une perspective stratégique axée sur le capital social suppose de porter explicitement attention au rôle des réseaux sociaux dans la réalisation d'objectifs stratégiques et de prévoir les effets éventuels de futures politiques.

Dans ce numéro

Un rôle pour les politiques publiques?

3

Qu'est-ce que le capital social?

6

Traditions en matière de recherche

10

Mise au point d'un modèle d'opérationnalisation

13

Nouveaux résultats : Populations vulnérables

16

Réseaux et sain vieillissement

21

Premières nations et Inuits : Réseaux d'aidants

25

Évaluation des programmes communautaires

28

Capital social et confiance

33

Recours aux données d'enquêtes complexes

37

Canada

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Publié deux ou trois fois par année, le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* vise à enrichir la base de données probantes pertinentes aux politiques de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Chaque numéro aborde un thème particulier et mise sur une approche coopérative pour regrouper les études menées sous l'égide de Santé Canada, de l'ASPC et d'autres partenaires du Portefeuille de la santé fédéral. Ces études sont présentées au fil de plusieurs articles interreliés qui examinent la portée et les enjeux, qui analysent les répercussions et les interventions possibles et qui discutent de l'application des résultats au processus d'élaboration des politiques.

La liste qui suit énumère les titres des anciens numéros du Bulletin disponibles en versions électroniques HTML et PDF au site <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>> ou en communiquant avec nous à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

- **Le vieillissement et ses répercussions financières sur le système de santé** (mars 2001)
- **Nouvelles frontières : La politique de la santé et le génome humain** (septembre 2001)
- **Efficacité des mesures de promotion de la santé** (mars 2002)
- **Santé et environnement : Voies critiques** (octobre 2002)
- **Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone** (mars 2003)
- **La résistance aux antimicrobiens : À garder sous le couvert!** (juin 2003)
- **Les approches complémentaires et parallèles en santé... l'autre piste conventionnelle?** (novembre 2003)
- **Les ressources humaines en santé : L'offre et la demande en équilibre** (mai 2004)
- **Les enfants victimes de maltraitance : Un enjeu de santé publique** (septembre 2004)
- **Les fluctuations du taux de fertilité : Incidences et tendances** (mai 2005)
- **Comment contrer les effets des changements climatiques sur la santé? En s'y préparant bien** (novembre 2005)

Profil du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Quoique le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* présente des études issues de tous les secteurs de Santé Canada et de ses partenaires du Portefeuille, la revue est conçue et produite au sein de Santé Canada par la Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR), Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé. Il revient à un comité directeur constitué de représentants de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada de choisir les thématiques de recherche sur les politiques abordées dans chaque numéro et de revoir tous les textes. Ce comité est appuyé dans cette tâche par le Secrétariat du Bulletin de la DGDR qui coordonne tous les aspects du Bulletin, soit l'élaboration, la production, la publication et la dissémination de chaque numéro.

La DGDR tient à souligner la précieuse contribution des membres du comité directeur, du personnel du Secrétariat du Bulletin—Nancy Hamilton, directrice et rédactrice en chef, Tiffany Thornton et Raymonde Sharpe—ainsi que de Julie Creasey. Il importe de remercier tout particulièrement les rédacteurs invités du présent numéro, soit James Gilbert, directeur, et Solange van Kemenade, analyste principale de recherche sur les politiques, tous deux de la Direction de la politique stratégique de l'Agence de santé publique du Canada. Soulignons également l'excellent travail de la firme Allium Consulting Group Inc. qui s'est occupée de la révision de la conception graphique et de la mise en page du document.

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006

Cat. n° H12-36/12-2006

ISSN 1496-466 X

Postes Canada, numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :

Santé Canada

DGPS/HPB

DGDR/RMDD

L.P. : 9002C

Gatineau (Québec)

K1A 0K9



Pour nous joindre

Nous vous invitons à faire part de vos observations, requêtes et suggestions. Veuillez acheminer vos commentaires et avis de changement d'adresse à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>. Notez bien que les rétroactions, suggestions et commentaires qui parviennent au Secrétariat du Bulletin sont conservés en vue de nous permettre de répondre aux lecteurs et d'évaluer la pertinence de notre publication. Nous conservons également les adresses postales et de courriel aux fins de dissémination du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* aux abonnés et d'analyse de la distribution de la publication. Tous les renseignements compilés de la sorte sont entièrement confidentiels et protégés.

Bâtir le capital social :

Un rôle à confier aux politiques de santé publique?

Dans ce numéro, Nancy Hamilton, rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé s'entretient avec **James Gilbert (JG)**, directeur, et avec **Solange van Kemenade (SvK)**, analyste principale de recherche sur les politiques, tous deux de la Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada (ASPC).

Q Le concept de capital social semble gagner en popularité dans bien des domaines, y compris celui de la santé. À quoi faites-vous allusion, au juste, quand vous parlez de « capital social » et qu'englobe cette expression?

JG : Le concept de capital social est devenu populaire dans bien des secteurs en rapport avec le développement socioéconomique, l'efficacité du marché du travail, l'intégration des immigrants, la pauvreté, l'exclusion sociale, la criminalité et sécurité des personnes, revitalisation des quartiers et renouvellement communautaire, et même la santé. Comme le savent probablement les lecteurs, les liens entre les réseaux sociaux ou le soutien social et la santé n'ont rien de nouveau. Par contre, il aura fallu attendre jusqu'au début des années 90 avant que le concept même du « capital social » infiltre les domaines de la recherche sur la santé et de l'élaboration des politiques.

Compte tenu de la pertinence du capital social dans bien des secteurs, le gouvernement du Canada a encouragé les ministères à examiner le recours aux politiques dans le cadre du Projet de recherche sur les politiques (PRP) *Le capital social comme instrument de politique publique*. Entre autres résultats notoires, ces travaux ont permis de définir le capital social selon une « approche de réseau » et cette définition commune a été adoptée par tous les ministères participants, y compris Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

SvK : Il s'agissait d'une étape importante—mais pas nécessairement facile—parce qu'auparavant, on avait eu recours à diverses approches pour définir et étudier le capital social. Selon l'approche axée sur les réseaux, « le capital social désigne les réseaux de relations sociales qui peuvent donner accès à des ressources et du soutien aux individus et aux groupes ». Grâce à cette définition commune, nous avons pu concentrer nos efforts et produire un modèle analytique et des outils de mesure. Même si certains croient que l'approche est trop restreinte, elle permet néanmoins de prendre en compte les types et le nombre de liens sociaux, l'accès aux ressources que permettent ces liens, ainsi que les effets et bienfaits résultants.



Q Comment expliquer l'importance du concept de capital social pour le domaine de la santé?

JG : Depuis quelques années, le concept de capital social a affermi ses assises en raison de l'approche axée sur la santé de la population. On sait que l'approche axée sur la santé tient compte de la gamme complète de facteurs affectant la santé, y compris ce que nous appelons les « déterminants sociaux de la santé ». Aux termes de l'approche axée sur la santé de la population, la recherche sur le capital social permet d'expliquer l'influence des réseaux de liens sur la santé des personnes et des collectivités. Santé Canada et l'ASPC reconnaissent maintenant une douzaine de déterminants de la santé, dont les **environnements sociaux** (y compris le soutien social) et les **réseaux de soutien social** (voir : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html>>).

Dans le cadre des récentes consultations que nous avons menées en vue de définir des objectifs de santé nationaux, les Canadiens ont expliqué ce qui a le plus d'importance à leurs yeux, soit un sens d'appartenance, ainsi que la présence de familles, de groupes d'amis et de collectivités diverses qui favorisent l'entraide. Ces points de vue faisaient partie des *Objectifs de santé pour le Canada* approuvés par le ministre de la Santé fédéral et par ses homologues provinciaux et territoriaux le 23 octobre 2005. Partant des grands déterminants de la santé, les objectifs de santé reconnaissent l'importance du capital social et mettent l'accent sur « l'appartenance et l'engagement », deux éléments clés à l'appui des efforts investis pour lutter contre les inéquités de santé et les causes profondes de la maladie (voir : <<http://www.healthycanadians.ca/NEW-1-frn.html>>).

Q Que nous apprennent les études canadiennes et internationales au sujet des liens entre le capital social et la santé?

SVK : Comme l'indiquait James, le recours aux facteurs sociaux pour expliquer les problèmes de santé communautaire n'a rien de nouveau. Dans une étude sur le suicide effectuée à la fin du 19^e siècle, Emile Durkheim démontrait déjà l'importance de l'intégration sociale pour le bien-être de la population. Bien des années plus tard, une étude longitudinale dans le comté d'Alameda, aux États-Unis, révélait que les personnes affichant des liens sociaux faibles

Indices

Dans le cadre de sa recherche, Putnam¹ a utilisé un **indice de capital social** (un indicateur statistique) formé à partir d'indicateurs tirés de diverses banques de données et d'enquêtes, et un **indice de santé publique**. En général, les indices de santé publique se fondent sur des indicateurs comme le taux de mortalité, l'état de santé auto-déclaré, la mortalité infantile, le faible poids à la naissance, la mortalité précoce, les congés de l'hôpital et les heures perdues pour cause de santé ou d'invalidité.

ou inexistantes étaient plus susceptibles de mourir prématurément que celles jouissant de solides liens. Des études ultérieures confirmaient cette observation (voir l'article en page 10) et faisaient ressortir les liens entre les réseaux sociaux et les taux de mortalité.

Plus près de nous, des chercheurs comme Robert Putnam^{1,2} se sont intéressés aux rapports positifs entre la santé et le capital social. Toutes ces études confirment l'existence de solides liens positifs entre l'indice de santé publique et l'indice de capital social, ainsi que de liens négatifs entre l'indice de capital social et l'indice global des causes de mortalité. Putnam a aussi observé que les effets positifs de l'intégration et du soutien social « rivalisent » avec les effets négatifs de risques de santé connus comme le tabagisme, l'obésité, l'hypertension et l'inactivité physique.

Depuis quelques années, des sondages effectués dans plusieurs pays industrialisés ont fait état des liens positifs entre le capital social et la santé de la population.

Au Canada, la Division de la recherche sur les politiques de l'ASPC (autrefois la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada) effectue, depuis 2001, des recherches sur le capital social et la santé, commençant par la mise au point d'indicateurs. Depuis 2004, la Division collabore avec l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa à une analyse des données de l'*Enquête sociale générale* (ESG), cycle 17 de 2003. Leur travail a confirmé l'existence d'une corrélation positive entre le capital social et la santé—ce qui concorde avec les résultats obtenus dans d'autres pays industrialisés (y compris la difficulté à démontrer la causalité).

Q Certes, les études démontrant les bienfaits possibles du capital social pour la santé sont intéressantes, mais les gouvernements ont-ils un rôle à jouer en vue d'aider les gens à tirer avantage de ces bienfaits?

JG : Absolument. Les gouvernements ont un grand rôle à jouer dans la promotion des politiques et des programmes axés sur le capital social. Même si on a du mal à imaginer ce que les gouvernements « pourraient ou devraient faire » pour développer ou enrichir le capital social d'une collectivité, les travaux du PRP aident à faire la lumière sur la situation. Au lieu de considérer le développement du capital social comme un « but » de politique, il pourrait être plus

utile de le voir comme un « moyen » ou une « ressource » parmi bien d'autres pouvant aider les gouvernements à réaliser leurs objectifs. À titre d'exemple, malgré la forte probabilité que Santé Canada ou l'ASPC n'adoptent jamais de stratégie spécifique sur le capital social et la santé, plusieurs secteurs de programme intègrent déjà des mécanismes qui misent sur le capital social pour améliorer la qualité de santé de groupes démographiques donnés (p. ex., le développement social et la santé des enfants, le sain vieillissement des aînés).

Par ailleurs, les gouvernements encouragent aussi le développement du capital social en favorisant les conditions qui l'accommodent. Qu'on pense seulement aux décisions au sujet du transport en commun, des garderies et des services récréatifs. Elles illustrent bien en quoi les décisions gouvernementales peuvent affecter les liens sociaux que les gens établissent.

Par contre, les interventions gouvernementales peuvent aussi poser des défis—j'ai deux exemples en tête. Dans un premier temps, le capital social existant peut être miné par des interventions bien intentionnées qui affaiblissent, par inadvertance, les liens sociaux. C'est ce qui s'est passé, par exemple, dans le cas de certains projets de renouvellement urbain qui, parce qu'ils étaient mal adaptés aux collectivités en cause, ont affaibli les réseaux sociaux et, dans certains cas, ont carrément détruit le capital social de ces collectivités. L'examen de situations sous l'angle du capital social peut aider à prévenir les effets néfastes involontaires en produisant de l'information sur les réseaux sociaux en place et en appliquant ce savoir au processus décisionnel.

Un second défi tient au danger que, sous prétexte de « bâtir le capital social », on tente de justifier le désengagement public et la réduction des services publics. Compte tenu des besoins des décideurs du domaine de la santé qui orientent leurs décisions autour des déterminants de la santé, il importe d'établir le degré et les types d'interventions (p. ex., les services de soins à domicile) qui permettront de compléter, et non de déplacer, le soutien actuel offert par les familles et les amis. Les articles aux pages 21 et 25 examinent plus en détail ces défis.

Q En quoi ce qu'on apprend actuellement au sujet des réseaux sociaux peut-il aider les gouvernements à concevoir des politiques et des programmes qui améliorent la santé?

JG : L'étude des données du cycle 17 de l'ESG parrainée par l'ASPC a de l'importance dans l'application des politiques. Premièrement, comme l'a mentionné Solange, elle confirme qu'en ce qui a trait aux liens positifs entre le capital social et la santé, les tendances observées à l'échelle internationale sont les mêmes au Canada. Le renforcement de cette constatation dans le contexte canadien constitue un grand pas en avant, particulièrement en ce qui a trait au développement et à l'évaluation de programmes communautaires favorisant le partenariat et l'engagement social comme moyen d'améliorer la santé (voir l'article en page 28).

SvK : Deuxièmement, notre plus récente analyse des données de l'ESG (voir l'article en page 16) nous a sensibilisés à l'importance du capital social pour les groupes les plus exposés à l'isolement ou à l'exclusion. Si, par exemple, les réseaux sociaux semblent avoir une importance plus cruciale aux yeux des immigrants et des aînés, le type et la taille des réseaux jugés les plus importants pour la santé diffèrent néanmoins d'un groupe à l'autre. On espère que ces résultats seront utiles aux programmes, y compris nombre de nos programmes de santé communautaires qui misent déjà sur le capital social.

JG : L'ASPC et Santé Canada ont joué un rôle clé, en partenariat avec le PRP et d'autres, pour faire du capital social une nouvelle priorité par rapport aux politiques. Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre de faire connaître nos recherches dans ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. Puisque c'est la première fois que nous publions les résultats de notre plus récente analyse, il importe que Santé Canada et l'ASPC examinent ces résultats et réfléchissent aux questions émergentes qu'ils soulèvent. Même si le capital social n'est pas une cure miracle pour régler tous les problèmes de santé de la population, cette nouvelle étude canadienne enrichit notre base de données probantes et nous permet d'examiner le développement des politiques et programmes sous le prisme du « capital social ». ③

L'ASPC et Santé Canada ont joué un rôle clé, en partenariat avec le PRP et d'autres, pour faire du capital social une nouvelle priorité par rapport aux politiques. Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre de faire connaître nos recherches dans ce numéro du Bulletin de recherche sur les politiques de santé.

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Comprendre le CAPITAL SOCIAL

Sandra Franke, *Projet de recherche sur les politiques, gouvernement du Canada*

et son importance sur le plan de la recherche et des politiques de santé

Au fil du temps, le processus d'élaboration du concept de capital social a donné lieu à plusieurs définitions et à diverses perspectives. Le Projet de recherche sur les politiques (PRP) mené sous l'égide du gouvernement du Canada avait justement pour but de produire une définition et une approche communes du capital social. Cet article décrit la « perspective axée sur les réseaux » adoptée par le PRP et explique en quoi il s'agit d'un instrument utile pour comprendre comment l'intervention publique et les services gouvernementaux peuvent miser sur les liens sociaux pour atteindre leurs objectifs, notamment en matière de prévention et de soins de santé.

Un effort collectif

En janvier 2003, un comité de sous-ministres adjoints représentant 12 ministères fédéraux demandait au PRP d'examiner le rôle et la contribution du capital social en rapport avec la recherche, l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques canadiennes. Intitulé « Le capital social comme instrument de politique publique », ce projet permettait au PRP de produire une définition opérationnelle du concept¹, de proposer un cadre d'analyse et des instruments de mesure pertinents dans le contexte gouvernemental² et d'identifier les domaines de politiques et de programmes fédéraux où le concept était le plus susceptible de jouer un rôle important³. En outre, le PRP formulait une série de grandes recommandations quant à l'utilité et à l'usage du concept de capital social dans le contexte des politiques publiques⁴.

Le concept de capital social

La littérature sur le sujet établit des distinctions entre différentes approches ou perspectives face au capital social. Même si chacune prend une tangente particulière, toutes convergent autour de notions communes, telles que la participation, la coopération et la solidarité. D'autres notions comme la cohésion sociale, l'engagement, la confiance, la réciprocité et l'efficacité institutionnelle sont aussi rattachées de différentes manières au concept. Trois approches principales peuvent être distinguées. La première met l'accent sur la propension des personnes et des organismes à coopérer pour réaliser certains objectifs⁵, examinant ce qui les motive à se regrouper, la manière dont ils le font et leur perception des enjeux collectifs, selon les croyances et les influences culturelles⁶. La seconde approche est davantage axée sur les conditions qui favorisent ou découragent la coopération. Elle met l'accent sur les structures sociales et politiques d'une collectivité qui véhiculent des valeurs ou des normes propices à l'engagement social et civique, comme la confiance et la réciprocité⁷. La troisième approche, soit la « perspective réticulaire », se concentre sur les structures qui servent à mettre en œuvre la coopération (c.-à-d., les structures de réseaux qui donnent accès à certaines ressources clés).

Tout en présentant des points de vue intéressants et variés sur le capital



social, l'élaboration et l'utilisation de différentes approches a engendré un certain scepticisme quant à la valeur du concept même du capital social, résultant parfois en sa sous-utilisation comme instrument de recherche. C'est l'une des raisons pour lesquelles le PRP a déployé beaucoup d'efforts à l'échelle pangouvernementale pour trouver une définition du capital social qui conviendrait à toutes les parties en cause.

Une approche axée sur les réseaux au service des politiques publiques

Grâce aux efforts collectifs du PRP, l'approche axée sur les réseaux (approche réticulaire) en est venue à constituer la perspective commune retenue pour comprendre le capital social sous l'angle des politiques publiques. Le fait de saisir en quoi les réseaux offrent aux individus et aux groupes un autre moyen d'obtenir des ressources utiles et de s'interroger sur leur façon d'y accéder et de les mobiliser de manière productive présente de nets avantages du point de vue des politiques publiques. Favorisant cette approche, le PRP a recommandé au gouvernement du Canada d'adopter la définition suivante : *Le capital social réfère aux réseaux de relations sociales pouvant donner accès à des ressources et du soutien*⁸.

L'approche réticulaire se fonde sur le postulat selon lequel les aspects structuraux et dynamiques des liens sociaux donnent accès à certaines ressources, y compris l'information, le soutien social et l'aide matérielle^{8,9,10}. Elle prend en compte le **capital social individuel** (le réseau social qui permet à un individu de trouver les ressources dont il a besoin), ainsi que le **capital social collectif** (le réseau créé par les groupes sociaux d'une collectivité pour produire les ressources nécessaires à la réalisation de leurs objectifs).

Pour que l'approche réticulaire soit un instrument utile aux recherches sur le capital social, elle doit être située dans un contexte beaucoup plus large. Au lieu de considérer les réseaux sociaux de manière isolée, il faut les voir comme des ressources complémentaires à d'autres qui fonctionnent

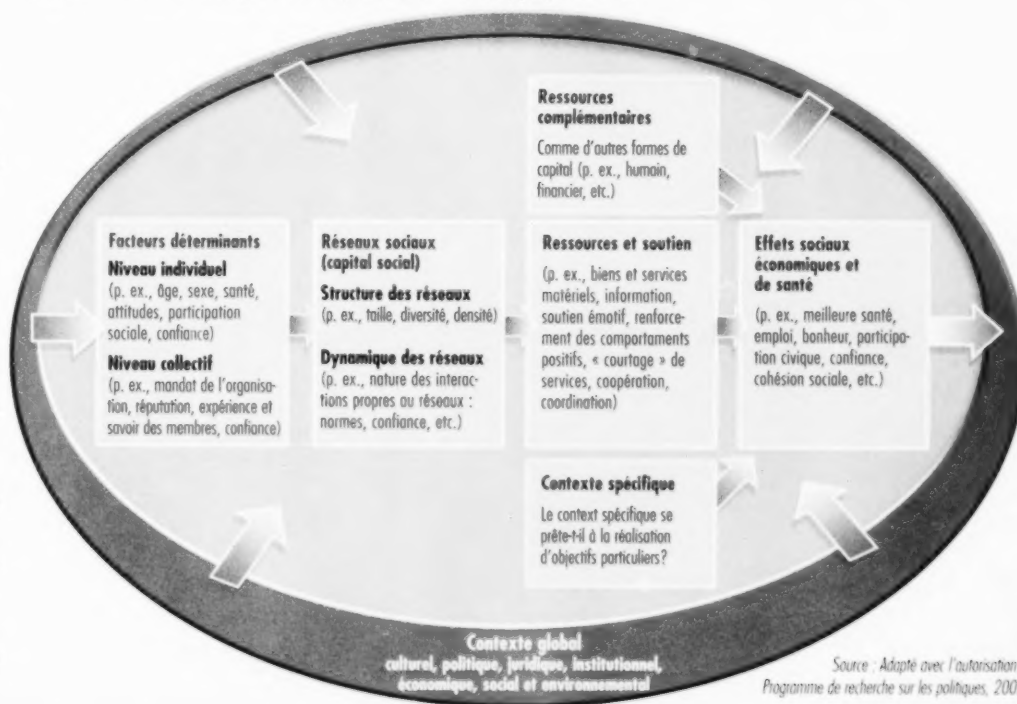
de différentes façons selon le contexte. Le PRP a élaboré un cadre de travail qui saisit ce contexte.

Le cadre du PRP fait des distinctions entre ce qu'est le capital social (la structure et le fonctionnement des réseaux) et ce qu'il *fait* (ses effets directs et leurs résultats), tout en identifiant également ses sources (les déterminants). Il positionne le capital social comme une variable explicative —et non comme une fin en soi—ce qui permet d'étudier sa contribution à l'atteinte de différents résultats, nonobstant le domaine de recherche visé, d'où son intérêt pour les politiques publiques.

Les réseaux sociaux : Une forme de capital

La plupart des gens ne pensent pas aux liens qu'ils créent en tant qu'investissement, comme ils pourraient le faire pour leurs économies ou leur éducation. D'un point de vue de politiques publiques toutefois, il peut être pertinent de considérer la manière dont les gens s'appuient sur leur réseau social pour se sortir de situations difficiles, tirer leur épingle du jeu ou aller de l'avant dans la vie. Le terme « capital » exprime simplement l'idée que, dans certaines situations, les relations peuvent devenir une ressource qui s'ajoute à d'autres ressources, conceptualisées aussi sous forme de capital : financier, humain, physique. Mieux comprendre la synergie entre les formes de capital tout au long du parcours de vie des individus (complémentarité, substitution ou effet de levier d'une

Figure 1 : Cadre conceptuel du capital social développé par le PRP



Source : Adapté avec l'autorisation du Programme de recherche sur les politiques, 2005⁸.

forme de capital par rapport à une autre) permet de développer des politiques et programmes mieux adaptés aux besoins.

À la base, l'approche réticulaire considère les liens sociaux comme un instrument qui permet de fournir les ressources et le soutien nécessaires, y compris des ressources tangibles (biens matériels, aide financière, services, information ou conseils); un soutien social (soutien émotif, présence, amitié); de l'influence (renforcement des comportements positifs); un renforcement des capacités (aptitude à faire face aux difficultés; contrôle de soi, autodétermination); et le courtage de services (accès efficace aux services offerts aux personnes qui ne veulent ou ne peuvent pas y accéder seules).

Stocks et flux

Il est aussi utile d'emprunter les notions de « stocks » et de « flux » de capitaux pour expliquer le fonctionnement du capital social et les résultats afférents¹¹. Les **stocks de capital social** font référence à la présence et aux différents types de relations sociales d'une personne sous diverses formes et combinaisons. Une typologie utile est celle qui distingue entre les liens affectifs, les liens d'acointances de transition et les relations instrumentales, mais d'autres typologies peuvent s'avérer plus pertinentes, selon le domaine étudié. Chaque type de relations donne accès à une gamme différente de ressources.

Les **flux de capital social** renvoient à la manière dont les relations sociales sont mises à contribution dans une situation donnée. Les *entrées* de capital social sont les investissements (affectifs, en temps, en effort, etc.) qui permettent à une personne d'accumuler un stock de capital social.

Ces investissements correspondent à des conditions ou processus qui servent à créer et maintenir des liens sociaux. Les *sorties* de capital social sont les conditions et les processus qui permettent aux individus d'utiliser ces stocks pour atteindre certains résultats socioéconomiques et de santé.

Comment se crée le capital social et comment l'utilise-t-on?

Une perspective réticulaire du capital social insérée dans un contexte d'analyse large comme celui présenté ci plus haut permet de décrire et de mesurer l'ensemble des variables qui entrent en jeu lorsque l'on s'intéresse au rôle instrumental des relations sociales. Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas toujours aisé d'établir quels facteurs sont les déterminants du capital social dans certaines situations, pas plus qu'il n'est toujours évident d'établir avec

certitude le sens de la causalité entre le capital social et certains phénomènes observés.

Prenons, par exemple, la création de capital social à l'échelle individuelle. L'engagement social aide-t-il à créer un capital social au profit de l'individu? Lorsqu'on examine la question dans le cadre du modèle de réseau, plusieurs possibilités émergent. Dans certaines circonstances, il se peut fort bien que l'appartenance à un groupe contribue au capital social de la personne—si elle aboutit à des relations sociales concrètes. Dans ce cas, l'engagement social pourrait être considéré comme un *déterminant* du capital social. Mais tel n'est pas toujours le cas puisque certaines formes d'engagement, comme le fait de voter, ne créent pas *nécessairement* de nouveaux liens.

Un autre exemple témoigne de ce phénomène au niveau collectif. La cohésion sociale au sein d'une collectivité *résulte-t-elle* de réseaux efficaces ou s'agit-il d'un *facteur qui sert à créer* les réseaux? Au sein d'une collectivité quelconque, la cohésion peut être le fruit de réseaux mais ce n'est pas parce qu'une collectivité est riche en réseaux qu'elle est nécessairement cohésive. Tout dépend de la raison d'être des réseaux, en bout de ligne.

Ces exemples soulignent l'importance d'éviter d'utiliser certaines notions comme l'engagement social ou la cohésion sociale (ou d'autres concepts, comme la confiance) comme substituts au capital social. L'utilisation d'un cadre d'analyse permet d'être explicite quant aux hypothèses de recherche sur lesquelles s'appuie l'analyste pour positionner les différentes variables dans le modèle. C'est en vérifiant ces hypothèses qu'il devient possible de mieux comprendre dans quelles circonstances le capital social est créé ou comment il est utilisé pour produire des résultats spécifiques. Les données longitudinales ou provenant d'enquêtes détaillées sont les moyens privilégiés utilisés pour produire les preuves les plus solides à cet égard.

Politiques de santé et capital social

Depuis quelques années, on s'interroge de plus en plus à savoir si le gouvernement devrait intervenir ou jouer un rôle en vue d'orienter le capital social. En fait, les gouvernements influencent *déjà* la manière dont les relations sociales se déploient à des degrés divers; qu'il s'agisse, entre autres, de la configuration et de l'accès aux espaces publics, des programmes de mentorat et de soins à domicile, du soutien aux groupes communautaires et aux aidants naturels ou de l'appel aux partenariats. Adopter une perspective axée sur le capital social implique simplement de porter une



attention explicite au rôle des relations sociales dans l'atteinte d'objectifs de politiques et, à l'inverse, de se préoccuper des effets des politiques sur les relations sociales. Une perspective de capital social s'avère particulièrement pertinente et indiquée dans trois secteurs de politique sociale⁴, soit les populations à risque d'exclusion sociale; les grandes transitions de vie; et le développement communautaire.

Populations à risque

Nous savons qu'il existe une association étroite entre l'existence et la qualité des liens interpersonnels et la mortalité, la morbidité, la convalescence et l'ajustement face à une maladie chronique ou à une limitation des activités^{12,13}. À titre d'exemple, le genre de milieu social au sein duquel s'intègre une personne a un lien direct avec ses comportements en matière de santé, pour le meilleur ou pour le pire (p. ex., la consommation de tabac, de drogue ou d'alcool, le régime alimentaire, l'activité physique, le sommeil, les médicaments)¹⁴. Une bonne intégration sociale engendre habituellement un bon soutien social ou, du moins, l'impression qu'on peut avoir accès à un soutien. Par contre, l'isolement social est lié à une détérioration de la santé, surtout la santé mentale, en raison des effets négatifs qui y sont associés, dont l'aliénation¹². Les politiques de santé ont donc avantage à porter une attention explicite à la manière dont les populations les plus à risque de souffrir d'exclusion et d'isolement social peuvent miser ou non sur leurs réseaux sociaux pour atteindre les objectifs reliés à leur santé. On

pense ici aux personnes handicapées, à celles souffrant de maladie mentale, aux personnes âgées, aux nouveaux immigrants, aux personnes vivant dans la pauvreté ou au sein de groupes marginalisés, notamment certaines collectivités de Premières nations et d'Inuits.

Grandes transitions de vie

Mieux comprendre l'évolution du réseau social des personnes et son rôle différencié au moment des étapes marquantes du parcours de vie est tout aussi important du point de vue des politiques de santé. On peut penser à l'influence des liens familiaux sur le développement de l'enfant qui se manifeste toute une vie; à l'influence des pairs au cours de la transition à la vie adulte; aux pressions de l'environnement social au moment de devenir parents (maternité, soins au nouveau-né) ou encore, à l'effet du soutien social au cours d'épisodes de maladie, lors de limitations soudaines d'activités et face au vieillissement. On a encore beaucoup à apprendre au sujet de la structure et de la



dynamique spécifiques des réseaux sociaux pertinents à ces processus, de même qu'au sujet de l'identification des personnes les plus à même d'exploiter à bon escient leur capital social dans de telles circonstances¹².

Santé et développement communautaire

Le rôle des réseaux sociaux en santé communautaire s'avère aussi fort intéressant sous l'angle des politiques de santé. Ce qui importe ici, c'est la qualité de la coopération intersectorielle entre divers intervenants communautaires dont les interventions visent l'amélioration de la santé des populations et la réduction des inégalités de santé¹⁵. Une telle approche préconise que les interventions ne soient pas exclusives au domaine de la santé et incluent des actions relatives à la pauvreté, à l'éducation, aux conditions d'emploi, à la qualité de l'environnement naturel, au cadre bâti, à la sécurité, à l'accès à l'information et aux services, etc., soit autant de facteurs qui ont une incidence sur la santé à l'échelle communautaire¹⁶. En ce sens, la qualité de la coopération intersectorielle est jugée essentielle. Porter une attention aux types de réseaux collectifs et aux dynamiques associatives qui prévalent dans différentes communautés, définir les conditions qui leur sont favorables et éliminer les barrières qui en limitent la portée constituent autant de stratégies qui permettent de maximiser la capacité des alliances à atteindre les objectifs que recherchent les politiques de santé.

Potentiel de l'approche axée sur les réseaux

Il est à souhaiter que l'adoption, par le gouvernement fédéral d'un modèle unique—spécifiquement l'approche axée sur les réseaux—aidra à clarifier le concept de capital social tout en maximisant son apport aux activités de recherche, de développement et d'évaluation des politiques et programmes. L'approche s'annonce prometteuse à plusieurs égards, dont l'intégration des immigrants, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale, le perfectionnement professionnel, la sécurité publique, la participation civique, le développement communautaire et la santé. L'approche axée sur les réseaux peut s'adapter à une gamme de secteurs et s'appliquer plus ou moins directement, selon les circonstances et les résultats souhaités. Certains articles de ce numéro du Bulletin se penchent sur des applications spécifiques, alors que d'autres discutent du potentiel de l'approche en termes plus généraux. ☉

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Coup d'œil sur la recherche et ses traditions

Louise Bouchard, Ph.D., chercheure, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; **Jean-François Roy**, candidat au doctorat, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; et **Solange van Kemenade**, Ph.D., Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada

La prise en compte des liens sociaux dans l'étude de la santé des populations constitue un champ de recherche relativement bien établi depuis une trentaine d'années. Les chercheurs s'intéressent, en particulier, aux connexions qui relient des acteurs sociaux individuels ou collectifs et aux ressources qui circulent à travers ces réseaux. Cet article fait le point sur la recherche engagée dans ce domaine et examine les grandes traditions qui s'en dégagent.

L'étude des liens sociaux, du capital social et de la santé mise sur deux grandes traditions de recherche. La première, a émergé durant les années 1970 et porte sur la notion de réseaux de **soutien social**. La seconde, fait son apparition durant les années 1990, et recourt au concept de **capital social**.

Soutien social et santé : Des racines profondes

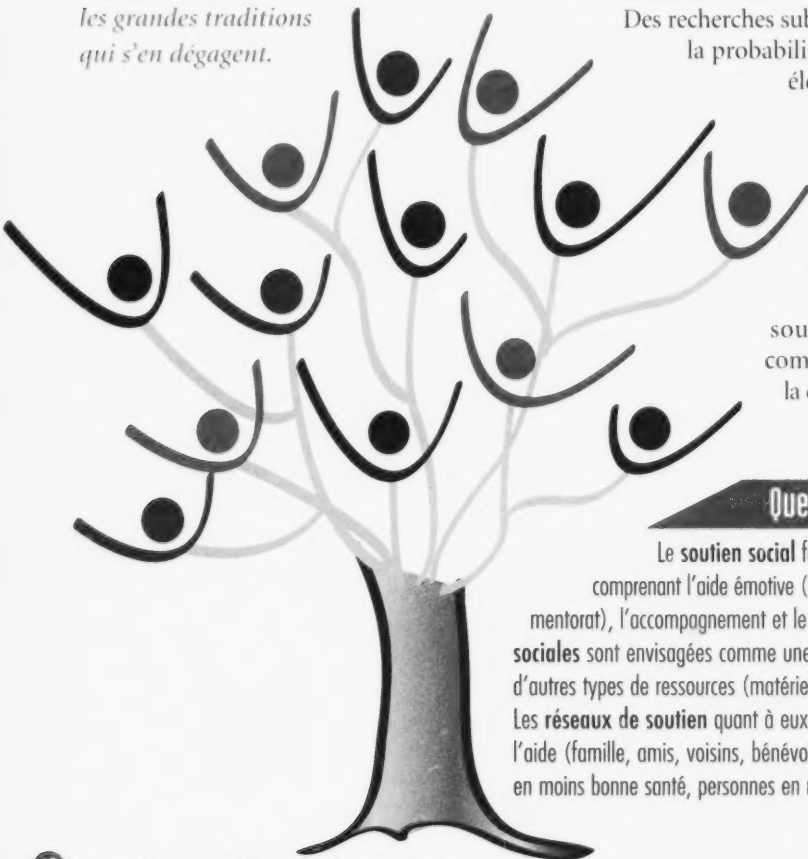
Au fil des années, plusieurs études ont démontré que les réseaux sociaux sont associés positivement au maintien de la santé et à une espérance de vie plus longue. Une étude pionnière effectuée dans le comté d'Alameda aux États-Unis a démontré, sur un suivi de neuf ans, que les taux de mortalité précoce étaient supérieurs chez les personnes dépourvues de liens sociaux familiaux, amicaux, ou communautaires¹.

Des recherches subséquentes ont confirmé ces résultats et démontré que la probabilité de mortalité précoce était de deux à trois fois plus élevée chez les personnes sans réseaux de soutien social que chez celles qui en bénéficiaient². Cette association a été mise en évidence à travers plusieurs études de populations et pour plusieurs causes de maladies (y compris des maladies cérébro-vasculaires, des cancers et des maladies respiratoires et gastrointestinales).

Les études ont aussi démontré que les réseaux de soutien social exerçaient une influence positive sur les comportements préventifs (p. ex., le dépistage du cancer, la dialyse, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool³),

Quelques repères

Le **soutien social** fait référence aux éléments bénéfiques résultant des relations sociales, comprenant l'aide émotive (empathie), l'aide instrumentale et concrète, l'information (consultation, mentorat), l'accompagnement et le renforcement du sens d'appartenance et de solidarité. Les **relations sociales** sont envisagées comme une ressource relationnelle *per se*, pouvant transmettre ou échanger d'autres types de ressources (matérielles ou informationnelles) pour répondre à des besoins particuliers^{4,5}. Les **réseaux de soutien** quant à eux se caractérisent par des échanges entre les personnes qui offrent l'aide (famille, amis, voisins, bénévoles, etc.) et celles qui en bénéficient (personnes âgées, personnes en moins bonne santé, personnes en manque de diverses ressources).



ainsi que sur l'aptitude à composer avec une maladie existante en réduisant l'isolement et en augmentant la capacité d'intégration sociale.

Les réseaux sociaux ne sont pas toujours positifs pour la santé

On sait également que les relations sociales n'agissent pas toujours en tant que mécanismes de protection de la santé; elles peuvent contribuer à accroître le stress et à amoindrir la résilience des individus et leur aptitude à faire face aux situations. Pensons aux abus sexuels, aux conflits familiaux, aux conflits de travail, aux violences physiques et psychologiques, au harcèlement moral, aux relations de pouvoir, notamment les réseaux de pouvoir masculin (du type « Old Boys Club »). On connaît aussi l'influence des réseaux de pairs, particulièrement chez les jeunes eu égard à certains comportements à risque pour la santé (conduite en état d'ébriété, consommation excessive de drogues ou d'alcool, pratiques sexuelles dégradantes, et de certains groupes qui imposent des règles de conformité déraisonnables ou extrêmes à leurs membres⁶). Ces réseaux peuvent certes rassembler des individus mais les fins poursuivies ne sont pas toujours souhaitables pour la société⁷.

La recherche a permis de comprendre par quels mécanismes physiologiques les réseaux de soutien exercent leurs effets positifs ou négatifs sur la santé des individus. On comprend mieux maintenant l'importance des systèmes neuroendocrinien et immunologique qui conditionnent la réponse aux événements stressants. Les études ont clairement démontré l'impact du stress chronique sur le vieillissement et la mort prématurée⁸.

Le capital social et la santé : Des approches différentes

Le concept de capital social tire ses origines des travaux pionniers engagés par Bourdieu⁹, Coleman¹⁰ et Putnam^{11,12}. Depuis, il en est venu à constituer un facteur clé à prendre en compte dans l'étude de la santé publique et des populations. Deux traditions de recherche ont émergé, l'une définissant le capital social par le réseau de relations sociales donnant accès à des ressources et l'autre, par les normes de réciprocité, de participation sociale et civique, et de confiance.

C'est cette dernière définition que Wilkinson¹³ a d'abord utilisée pour introduire le concept de capital social dans le cadre des études sur la santé. Le capital social s'apparenterait au concept de cohésion sociale. Wilkinson avance l'idée que les sociétés plus égalitaires (quant à la distribution du revenu) et plus cohésives socialement ont une meilleure espérance de vie. Comparant différentes régions géographiques,

L'histoire de Roseto^{12,13}

Depuis les années 1950, Roseto, une petite ville de la Pennsylvanie fondée par des immigrants du même village du sud de l'Italie, a fait l'objet d'une étude étalée sur plus de 40 ans. Au départ, des chercheurs médicaux ont découvert que les habitants de Roseto avaient moins de la moitié des crises cardiaques que les habitants des villes voisines. Cependant, aucun des facteurs habituels (c.-à-d., le régime alimentaire, la génétique, l'exercice) n'arrivait à expliquer une telle situation. Quand les chercheurs ont commencé à examiner la dynamique sociale de Roseto, ils ont découvert que la ville hébergeait une collectivité très compacte qui s'adonnait à de nombreuses activités et qui avait accès à plusieurs organisations sociales. De plus, les habitants comptaient les uns sur les autres pour obtenir des ressources et de l'aide. Les chercheurs ont conclu que le faible taux de crises cardiaques observé à Roseto tenait à ce degré d'engagement social, même si on ne le définissait pas comme du capital social à l'époque. Ils ont voulu savoir ce qui arriverait advenant que la nouvelle génération ne suive pas les traces des parents et que les membres de la collectivité se distancient les uns des autres. De fait, dans les années 1980, le taux de crise cardiaque des membres de la nouvelle génération était plus élevé que celui des habitants d'une autre ville située près de Roseto et qui affichait un profil démographique semblable.

L'Europe de l'Est, l'Angleterre, le Japon et la ville américaine de Roseto, il en vient à conclure que plus est forte la cohésion sociale, meilleure est la santé de la population. L'histoire de Roseto, en Pennsylvanie (voir l'encadré) illustre bien les liens entre la cohésion sociale et la mortalité.

Le concept gagne en importance dans les études épidémiologiques visant à élucider les liens entre les inégalités sociales et les taux de mortalité (voir aussi *Le saviez-vous?* en page 33).

Voici quelques exemples :

- D'autres études effectuées par Wilkinson¹⁴ ont révélé une corrélation forte entre la mortalité, les inégalités de revenus et les crimes violents;
- Putnam¹⁵ a démontré que les indicateurs de santé sont meilleurs dans les États américains affichant un capital social plus élevé;
- Dans les pays scandinaves, Hyppä et Mäki¹⁶ ont conclu que la minorité finlandaise de langue suédoise avait une meilleure espérance de vie et que son capital social y contribuait;
- Lomas¹⁷ a mis en évidence l'influence positive des réseaux sociaux sur la santé des réseaux sociaux comparés à d'autres types d'intervention en santé publique;

Traditions en évaluation et mesure

Dans les années 70, Lisa Berkman, chercheuse reconnue dans l'étude des relations sociales et la santé a mis au point un **indice de réseaux de soutien social** qui mesure la quantité et la fréquence de l'appui offert par les réseaux de parents et d'amis (quantité et fréquence), la participation sociale (associative, communautaire, religieuse, charitable) et le soutien social (émotif et instrumental)^{1,18}. Les enquêtes nationales de santé au Canada ont repris au fil des ans ces différentes dimensions.

Dans la tradition de recherche épidémiologique référant au capital social, la mesure s'établit surtout en utilisant des variables de niveau écologique, soit les indices d'inégalité de revenu (Indice Robin Hood), le niveau de confiance interpersonnelle, les normes de réciprocité et la vigueur de la société civile (participation à la vie associative par habitant)¹⁹. Lochner *et coll.*²⁰ ont examiné une série d'instruments de mesure, telle que la **cohésion du quartier** et la mesure d'efficacité

collective de Bandura—définie comme « un sentiment de compétence collective entre individus qui décident d'affecter, de coordonner et d'intégrer leurs ressources de façon efficace et concertée pour faire face à des situations spécifiques »²¹.

Tout récemment, dans le contexte de « l'approche axée sur les réseaux », Van Der Gaag et Snijders²² ont produit un outil, le Resource Generator (générateur de ressources) qui ne semble pas avoir encore servi aux études de santé. Cet outil de mesure du capital social questionne les répondants sur leur accès à diverses ressources et sur les types de liens qui leur permettent d'accéder à ces ressources (connaissances, amis, membres de la famille). L'outil couvre quatre dimensions des ressources : le prestige et l'éducation, les habiletés politiques et économiques, les habiletés sociales et le soutien social.

- Les études recensées par Szreter et Woolcock²³ ont révélé que les communautés ayant un faible capital social présentaient des niveaux de stress plus élevés, un taux d'isolement social plus grand et une aptitude réduite à composer avec les risques environnementaux et les interventions de santé publique.

Au fil du temps, cette conceptualisation du capital social a néanmoins fait l'objet de critiques à différents niveaux^{24,25}—théoriquement (en raison d'une définition par les effets), méthodologiquement (en raison de la diversité de contenu) et politiquement (en raison de son potentiel de transfert de responsabilité de l'État aux individus et de l'occultation des déterminations structurelles).

Plus récemment, la perspective du capital social défini par les réseaux de relations sociales et les ressources contenues dans ces réseaux semble faire l'objet d'un consensus²⁵ à l'échelle de plusieurs secteurs, comme le précise l'article précédent, d'autant plus que le Projet de recherche sur les politiques du gouvernement fédéral a choisi de lui donner son aval. Même si le modèle axé sur les réseaux n'est pas à l'abri des critiques, les travaux de recherche engagés par le gouvernement fédéral semblent donner lieu à une définition commune, ce qui facilitera la mise au point d'outils d'évaluation et d'analyse. Il s'agit d'une étape importante car, au moment même où s'articulent de nouvelles définitions, des outils de mesure novateurs et de nouvelles approches voient également le jour (voir l'encadré ci-dessus).

Le potentiel du capital social

Depuis une trentaine d'années, les chercheurs mettent en évidence le rôle clé des facteurs sociaux sur la santé des individus et des collectivités. À l'instar du cadre conceptuel des « déterminants de la santé », celui du capital social pique l'intérêt lui aussi. Bien que les réseaux de relations sociales aient été approchés de différentes façons, la force de la relation positive à la santé porte à croire qu'en ce qui touche la promotion de la santé et l'élaboration de politiques publiques, le développement du capital social des collectivités peut s'avérer une stratégie gagnante.

Il importe de poursuivre la recherche—partant d'une définition et d'une approche communes—pour réaliser ce potentiel stratégique. Même si le gouvernement fédéral a déjà adopté l'approche axée sur les réseaux, on ne s'en est pas encore concrètement servi comme instrument de politique dans le domaine de la santé. Comme l'indiquent les articles suivants, l'adoption d'une définition commune permet de mieux définir les indicateurs qui serviront aux enquêtes nationales sur la santé et d'encadrer des les premiers efforts méthodologiques canadiens visant à préciser les liens entre les réseaux de soutien social et la santé²⁶. ●

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Modèle d'opérationnalisation

Louise Bouchard Ph.D., chercheure, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa;

Jean-François Roy candidat au doctorat, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; et

Solange van Kemenade Ph.D., Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada

de l'approche fondée sur les réseaux

Partant d'une définition du capital social axée sur les réseaux, une équipe de chercheurs de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Université d'Ottawa a élaboré un modèle opérationnel pour évaluer la structure des réseaux sociaux, les ressources des réseaux sociaux et leurs incidences. La récente analyse des résultats de l'Enquête sociale générale (ESG), cycle 17 (2003) a donné lieu aux premières données canadiennes et confirmé l'existence de liens positifs entre le capital social et la santé. Cet article fait état des efforts déployés pour élaborer et appliquer ce modèle d'opérationnalisation.

Exploration du lien entre le capital social et la santé

Depuis 2001, l'Agence de santé publique du Canada chapeaute un projet de recherche sur le capital social. Les analystes de la Division de la recherche sur les politiques (DRP) ont contribué au développement des connaissances en aidant à définir le concept et les indicateurs de mesure. L'Agence s'est également intéressée à l'utilité du concept dans l'élaboration ou l'évaluation des programmes et des politiques. En 2004, la DRP s'associait à des chercheurs de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa pour

analyser les données de l'Enquête sociale générale (ESG), cycle 17 (2003) sur l'engagement social au Canada. Partant des données de l'ESG, cette étude visait à définir un modèle conceptuel du capital social axé sur les réseaux afin d'explorer la relation entre le capital social ainsi défini et la santé des Canadiens.

Potentiel des réseaux

Le modèle conceptuel inspiré de Berkman et Glass¹ considère la structure des réseaux, leur dynamique et les ressources qu'ils recèlent. Ce modèle permet d'établir des distinctions entre le capital social et les autres formes de capital, comme le capital



humain (éducation) et le capital matériel et financier (revenu). Le capital social est strictement défini par le réseau de relations sociales et ses ressources connexes :

- La **structure** du réseau renvoie au nombre, à l'étendue et la diversité des personnes fréquentées, ainsi qu'à la nature des liens : forts (parenté, amis) ou faibles (connaissances).
- La **dynamique** des relations se mesure par la fréquence des contacts et par la réciprocité des échanges. L'engagement social et le bénévolat illustrent aussi une disposition à élargir ses réseaux et à satisfaire certains besoins.
- La **nature** des échanges réfère aux ressources qui circulent dans les réseaux. Ces ressources sont émotionnelles et affectives, matérielles, informationnelles, ou instrumentales.

L'analyse structurelle des réseaux est systémique et fait la lumière sur les caractéristiques et propriétés des liens sociaux et des échanges. Ce faisant, elle permet d'anticiper les fins recherchées, soit le bien-être individuel et collectif, l'intégration sociale, la revendication de services et l'atteinte de buts politiques.

Articulation du modèle analytique

En prenant appui sur le modèle théorique du capital social fondé sur les réseaux et ses ressources, l'équipe de chercheurs a élaboré un modèle analytique pour encadrer l'analyse des données de l'ESG, cycle 17 (voir l'encadré ci-dessus). L'équipe a puisé au modèle conceptuel inspiré de Berkman et Glass¹, et s'est servi des questions de l'enquête, faisant en sorte que son modèle analytique soit compatible avec les deux sources.

Compte tenu des variables disponibles dans l'enquête, le modèle se penche sur

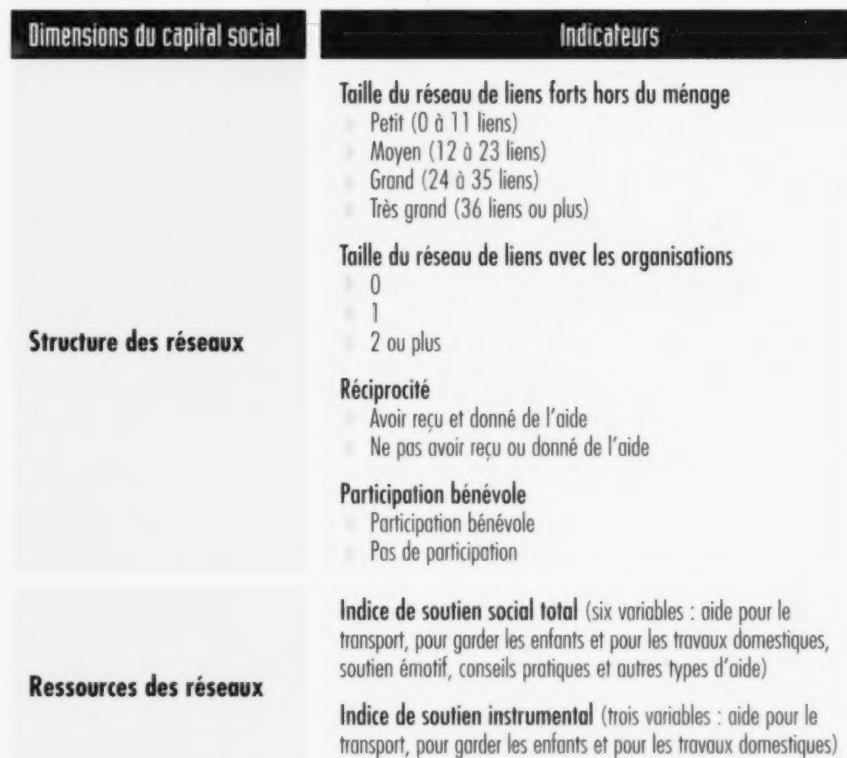
Un mot au sujet de l'Enquête sociale générale, cycle 17 (2003) sur l'engagement social

L'Enquête sociale générale (ESG) sert à recueillir des données exhaustives sur les modes de participation des Canadiens à la vie civique et sociale, y compris les contacts sociaux avec la famille, les amis et les voisins; la participation aux organismes officiels, aux activités politiques et aux services religieux; la confiance envers les gens et envers les institutions publiques; le sens d'appartenance au Canada, à sa province, à sa collectivité; le travail bénévole et autres. Pour consulter le rapport sommaire, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-598-XIE/2003001/article.htm>.

deux dimensions du capital social : la structure des réseaux et les ressources des réseaux (voir la Figure 1), y compris les indicateurs servant à mesurer ces deux volets :

- La **structure des réseaux** se fonde sur quatre indicateurs : la *taille du réseau de liens forts hors du ménage*; la *taille du réseau de liens avec les organisations* (organisations ethniques, clubs sportifs ou sociaux, associations diverses, etc.); la *réciprocité* dans les réseaux (avoir à la fois reçu et donné de l'aide à ses voisins, à sa famille ou à ses amis), ainsi que le *bénévolat* (participation bénévole au moins une fois dans la dernière année).
- Les **ressources des réseaux** se fondent sur deux indicateurs : un *indice de soutien social total* (aide pour le transport, pour garder les enfants et pour les travaux domestiques, soutien émotif,

Figure 1 : Modèle d'opérationnalisation du capital social



conseils pratiques et autres types d'aide) et un *indice de soutien social instrumental* (aide pour le transport, pour garder les enfants et pour les travaux domestiques).

Application du modèle d'opérationnalisation

L'analyse des données de l'ESG, cycle 17, à l'aide du modèle susmentionné a donné lieu à la première analyse nationale établissant une association entre le capital social et la santé au Canada. Dans le cadre de l'ESG, on a recueilli des données sur 24 951 personnes de 15 ans et plus aux quatre coins du pays. Mais puisque seuls les répondants de 25 ans et plus ont été pris en compte dans le cadre de la présente analyse, l'échantillon final ne comptait que 21 785 participants.

Les données recueillies portaient sur les variables du capital social identifiées à partir des indicateurs du modèle, ainsi que sur des variables sociodémographiques (sexe, âge, éducation, situation de vie, type de ménage) et sur la perception de la santé. La perception de la santé a été désignée comme une variable dépendante qu'on a divisée en deux catégories aux fins de l'analyse : bonne santé (état de santé autoévalué par les participants à l'ESG comme « excellent », « très bon » ou « bon »); ou mauvaise santé (état de santé autoévalué comme « moyen » ou « mauvais »). Les chercheurs ont ensuite effectué une analyse régressive pour cerner l'existence de relations significatives entre les variables du capital social et l'état de santé autoévalué.

Pleins feux sur les résultats : Une analyse pancanadienne

Quoique les résultats ne permettent pas d'établir des liens de causalité, l'analyse de régression a révélé l'existence d'une relation importante entre le capital social et la santé des Canadiens, notant une série de facteurs de différenciation possibles (sexe, âge, éducation, situation de vie, type de ménage)². À titre d'exemple, les résultats

Quoique les résultats ne permettent pas d'établir des liens de causalité, l'analyse de régression a révélé l'existence d'une relation importante entre le capital social et la santé des Canadiens, notant une série de facteurs de différenciation possibles (sexe, âge, éducation, situation de vie, type de ménage). À titre d'exemple, les résultats confirment l'existence d'un lien positif entre la plupart des indicateurs de capital social et l'état de santé autoévalué des répondants.

confirment l'existence d'un lien positif entre la plupart des indicateurs de capital social et l'état de santé autoévalué des répondants :

- Les personnes qui profitent de plus importants réseaux de liens forts hors du ménage ont plus de chances d'accéder à diverses ressources.
- On constate une relation positive entre la présence d'un réseau de liens forts de taille moyennes et l'état de santé autoévalué.
- Les personnes membres de deux organisations ou plus ou qui participent aux activités offertes par ces organisations tendent plus à se dire en bonne santé que le reste de la population.
- La réciprocité entre les membres d'un réseau semble avoir des effets bénéfiques. De fait, les personnes qui profitent de l'aide de leur famille ou de leurs voisins et amis et qui peuvent également leur en offrir tendent plus à se trouver en bonne santé.
- On constate une relation positive entre le bénévolat et la bonne santé (même si le mécanisme servant à établir cette relation est difficile à déterminer en raison du problème de causalité).
- Le soutien social instrumental (l'aide reçue pour s'acquitter des tâches quotidiennes) tend à être associé à la bonne santé autoévaluée, même si ce lien n'est pas significatif.

Le rapport de recherche complet² fournit de plus amples détails sur le mode d'élaboration du modèle et sur les résultats de son application à l'ESG, cycle 17. Ce rapport est affiché à : <http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=pub_wp_abs#WP0010f>. L'équipe de recherche a procédé à des analyses supplémentaires qui mettent l'accent sur des groupes démographiques particuliers, tel qu'expliqué dans le prochain article. ☺

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Réseaux sociaux et populations vulnérables :

Solange van Kemenade, Ph.D, Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada; **Jean-François Roy**, candidat au doctorat, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; et **Louise Bouchard**, Ph.D, chercheure, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa

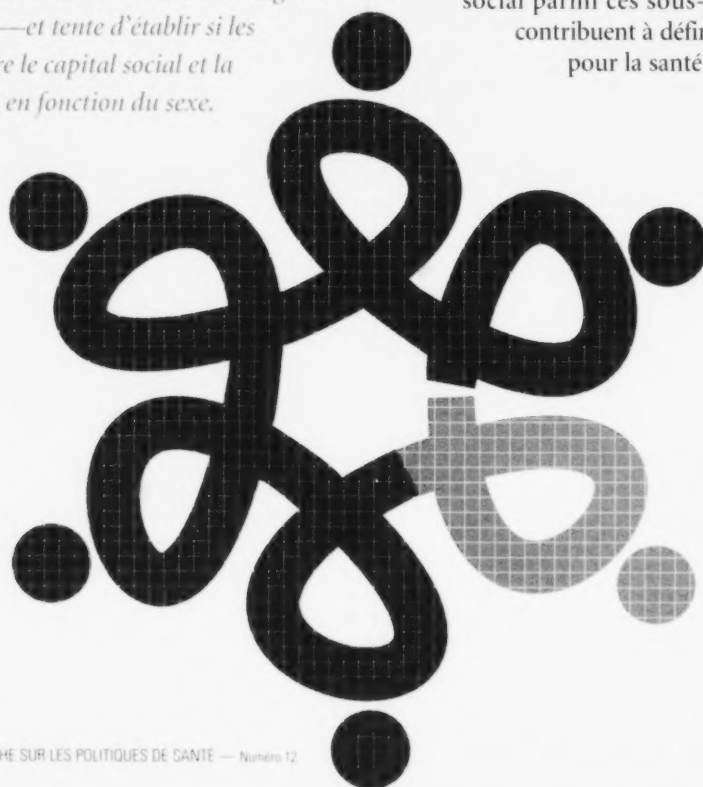
Résultats de l'Enquête sociale générale

Poursuivant leur recherche sur le capital social et la santé des Canadiens, l'équipe de chercheurs de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Université d'Ottawa présentent les résultats d'une analyse subséquente des données recueillies dans le cadre du cycle 17 de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2003. Cette nouvelle étude examine les aspects du capital social qui semblent avoir de l'importance pour la santé de groupes de population choisis de Canadiens—les aînés, les immigrants et les membres de ménages à faible revenu—et tente d'établir si les relations entre le capital social et la santé varient en fonction du sexe.

Les relations entre le capital social et la santé des Canadiens ont été décrites brièvement dans un article précédent. L'équipe de chercheurs a appliqué les connaissances tirées de son analyse des données du cycle 17 de l'ESG sur l'engagement social au Canada à des analyses plus spécifiques des données pour trois sous-populations : les aînés, les immigrants et les membres de ménages à faible revenu. Les sous-populations étudiées sont des groupes vulnérables qui, selon leurs expériences individuelles et collectives, des membres de ces groupes peuvent vivre une « désaffiliation », c'est-à-dire une rupture partielle ou complète du lien social¹. Cette désaffiliation se traduit par un épuisement des stocks de capital social où les individus mis à l'écart du lien social ne peuvent plus bénéficier des ressources accessibles par l'appartenance à des réseaux sociaux. Les auteurs ont voulu en savoir plus sur les liens entre la santé et divers aspects du capital social parmi ces sous-populations. Les résultats des analyses contribuent à définir les types de soutien les plus avantageux pour la santé des Canadiens.

Méthodologie

L'échantillon de l'ESG regroupe 24 951 individus de 15 ans et plus répartis dans les dix provinces du Canada. Seuls les répondants de 25 ans et plus ont été inclus dans l'analyse, ce qui donne un échantillon de 21 785 individus, y compris 4 486 aînés (personnes de 65 ans et plus); 4 109 immigrants (personnes nées à l'extérieur du Canada, excluant celles dont les parents sont Canadiens);



et 3 548 personnes vivant dans un ménage à faible revenu (ménage dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu, ajusté selon la taille du ménage et le milieu urbain ou rural).

Les adultes de moins de 25 ans ont été exclus parce que nous considérons que les réseaux sociaux auxquels ils ont accès sont différents. Les ressources propres à ces réseaux sont exploitées de façon très différente par les jeunes adultes comparativement aux adultes de 25 ans et plus.

Le modèle d'opérationnalisation du capital social présenté dans l'article à la page 13 a été utilisé afin de vérifier la présence de relations entre la *santé perçue* et le *capital social* des individus au Canada. Pour ce faire, les données de l'ESG ont été analysées à l'aide de modèles de régression logistique pour la population canadienne ainsi que pour les trois sous-populations. Toutes les analyses ont été effectuées en contrôlant l'effet des caractéristiques socio-démographiques des répondants (sexe, âge, niveau de scolarité, situation professionnelle, état matrimonial, type de ménage). Compte tenu des particularités socio-démographiques des aînés, on a adopté une catégorisation différente de certaines variables comme l'âge, la situation professionnelle et le type de ménage, pour cette sous-population. Les données ont été pondérées en utilisant la méthode *bootstrap* recommandée par Statistique Canada (voir *Utilisation des données canadiennes sur la santé* en page 37).

Ce que révèlent les résultats

Les résultats des analyses statistiques sont présentés au Tableau 1 sous forme de ratios de cotes applicables à chaque indicateur de capital social du modèle. (Voir l'article précédent pour la définition de tous les indicateurs de capital social.) Des ratios de cotes sont fournis pour les hommes et pour les femmes pour l'ensemble de la population et pour chaque sous-population étudiée.

Lecture du tableau des ratios de cotes

Les ratios de cotes représentent le ratio entre la probabilité d'une situation—dans ce cas, la bonne santé—chez un groupe, par rapport à sa probabilité chez un autre groupe. Un nombre supérieur à 1 témoigne d'une association positive alors qu'un nombre inférieur à 1 décrit une association négative. Prenons par exemple l'indice de réciprocité pour l'ensemble de la population. Le ratio de cote révèle que les répondants ayant répondu « oui » quand on leur a demandé s'ils jouissaient d'au moins une relation d'aide réciproque parmi leur réseau social avaient 1,317 fois plus tendance à se déclarer en bonne santé que ceux sans relation d'aide réciproque. Une valeur *p* (valeur de probabilité) inférieure ou égale à 0,05 indique que

les résultats sont statistiquement significatifs. Les résultats ayant une valeur *p* supérieure à 0,05 ne sont pas significatifs sur le plan statistique.

À l'échelle des indicateurs...

L'examen du Tableau 1 donne lieu aux observations suivantes :

- En général, la taille du **réseau de liens forts hors du ménage** est associée positivement à la santé dans l'ensemble de la population comme dans toutes les sous-populations étudiées. Cela dit, la relation est plus forte chez les femmes dans l'ensemble de la population, chez les immigrants et chez les hommes faisant partie de ménages à faible revenu. L'écart le plus notable se situe dans le groupe des aînés où la relation entre la santé et la taille des réseaux de liens forts n'est significative que chez les femmes.
- On constate une relation positive entre les **réseaux de liens avec des organisations**, constitués de deux liens ou plus, et l'état de santé dans l'ensemble de la population ainsi que dans tous les groupes analysés—hormis les membres du groupe à faible revenu où la relation n'est pas significative. Les réseaux de liens avec les organisations obtiennent les associations les plus fortes avec la santé chez les hommes de l'ensemble de la population, ainsi que chez les femmes immigrantes et les hommes aînés.
- Les résultats indiquent une association positive entre le **bénévolat** et l'état de santé dans l'ensemble de la population, chez les ménages à faible revenu et chez les hommes immigrants.
- Il existe également une relation positive entre l'**indice de réciprocité** et l'état de santé chez les hommes et les femmes de l'ensemble de la population, ainsi que chez les femmes immigrantes.
- Finalement, une relation négative a été obtenue entre l'**indice de soutien social** et l'état de santé de l'ensemble de la population ainsi que chez les femmes immigrantes. Dans le même sens, l'**indice de soutien instrumental** est associé négativement à la santé des hommes aînés. Ces résultats inattendus s'expliquent probablement par un problème lié à la mesure du soutien social dans les données de l'ESG (voir *Limites des analyses* plus loin dans cet article).

Les résultats tirés des analyses des données de l'ESG constituent une riche source d'information sur les relations entre le capital social et la santé. Toutefois, dans un contexte de politiques publiques, un suivi s'impose pour expliquer davantage les résultats obtenus ainsi que pour confirmer ces derniers par le biais d'analyses provenant d'autres banques de données.

Examen plus poussé des populations vulnérables

Les aînés

Des études récentes (voir article en page 21) révèlent que les aînés auraient besoin de trois types de réseaux : les réseaux sociaux, les réseaux de soutien et les réseaux de soins². En fait, la composition de ces réseaux évolue en même temps que la condition physique des personnes âgées. Si au début, ces réseaux sont larges et diversifiés², les réseaux de soins de petite taille semblent devenir de plus en plus importants au fur et à mesure que les aînés souffrent de limites fonctionnelles.

L'analyse des données de l'ESG confirme la présence de relations importantes entre le capital social et la santé des aînés. Les résultats indiquent que la taille des *réseaux de liens forts* est associée positivement à la santé des aînés,

mais uniquement chez les femmes. Les femmes aînées qui disposent d'un réseau de liens forts de *moyenne* ou de *grande* taille sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que celles dont la taille du réseau n'est pas aussi importante. En même temps, de tous les groupes analysés, les aînés affichent la relation la plus faible entre la santé et les réseaux de liens forts de *très grande* taille. Ce résultat appuie la thèse qui attribue plus d'importance aux petits réseaux de proximité pour les aînés ayant besoin de soins.

En ce qui a trait aux *réseaux d'organisations*, les résultats indiquent une relation positive entre la *taille de ces réseaux* et l'état de santé des aînés; une relation plus forte que celles observées dans les autres sous-populations ainsi que dans l'ensemble de la population. Autrement dit, les aînés qui sont impliqués dans une ou plusieurs organisations sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que ceux qui ne le sont pas.

Tableau 1 : État de santé autoévalué et capital social—Ratios de cotes pour l'ensemble de la population et pour des sous-populations choisies

Indicateurs du capital social	Ratios de cotes pour l'ensemble de la population et pour des sous-populations choisies											
	Ensemble de la population			Aînés (65 ans et plus)			Immigrants			Membres de ménages à faible revenu		
	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes
Taille du réseau des liens forts hors du ménage												
Petit—0 à 11	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Moyen—12 à 23	1,469***	1,596***	1,320*	1,443**	1,590**	1,225	1,694***	1,506*	1,952**	1,465**	1,500**	1,542*
Grand—24 à 35	1,795***	1,875***	1,730***	1,663***	1,880***	1,335	2,036***	2,182**	1,926*	1,885***	1,748**	2,447**
Très grand—36 et plus	1,457***	1,537***	1,360**	1,270	1,730*	0,920	1,931***	1,691	2,347**	1,788***	1,555*	2,498***
Taille du réseau d'organisations												
0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1	1,085	1,074	1,109	1,272*	1,175	1,384	1,290	1,193	1,615*	0,966	0,949	0,971
2 et plus	1,601***	1,524***	1,704***	1,776***	1,665**	1,878**	1,698**	1,908*	1,700*	1,185	1,172	1,095
Réciprocité												
Non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Oui	1,317***	1,356***	1,236*	1,190	1,300	1,043	1,277	1,904**	0,762	1,268	1,350	1,109
Bénévolat												
Non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Oui	1,247**	1,230*	1,263*	1,243	1,337	1,151	1,247	0,812	2,361**	1,524***	1,546**	1,640*
Indice de soutien social total	0,787***	0,757***	0,835**	0,919	0,852	1,043	0,781*	0,639***	1,051	0,873	0,904	0,805
Indice de soutien instrumental	1,105	1,097	1,101	0,783*	0,864	0,648*	0,957	1,134	0,721	0,993	0,886	1,233

Note : Pour consulter les tableaux de données décrivant les intervalles de confiance et les variables sociodémographiques, écrire à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

* $p \leq 0,050$ ** $p \leq 0,010$ *** $p \leq 0,001$

Source : ESG, cycle 17.

Le seul groupe pour qui l'**indice de soutien instrumental** est associé à la santé, est celui des aînés, et cette association est négative. Dans les faits, les aînés qui ont reçu de l'aide afin d'accomplir ou de faciliter des activités quotidiennes sont davantage susceptibles de se déclarer en mauvaise santé que ceux qui n'ont pas eu recours à un tel support. Cette situation s'explique probablement par le fait que dans les données de l'ESG, le soutien instrumental reçu devient un indicateur de limitation des activités chez les aînés. Des analyses secondaires confirment cette hypothèse. En excluant des analyses les aînés qui rapportent un état de limitation d'activités, l'indice de soutien instrumental obtient une relation négligeable avec l'état de santé perçue.

Les personnes immigrantes

Les recherches confirment l'importance du capital social pour l'intégration des personnes immigrantes^{3,4,5,6}. La disponibilité des réseaux de proximité, formés de personnes de la même origine culturelle, ainsi que de programmes favorisant ces réseaux, est associée à l'intégration sociale et économique des immigrants au pays d'accueil ainsi qu'à leur bien-être. Les réseaux de proches (parents et amis) offrent aux immigrants qui s'établissent au Canada un soutien très important, que ce soit pour se trouver un logement, obtenir une formation, s'éduquer, trouver un emploi ou accéder à des services d'aide⁶. De fait, les résultats de l'*Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada* (ELIC) font ressortir diverses sources d'aide jugées les plus importantes pour les personnes immigrantes, soit les parents ou les membres de la famille (déjà établis au Canada), les amis, les organismes qui œuvrent auprès des personnes immigrantes, les établissements d'enseignement et les travailleurs de la santé.

Les résultats de l'analyse de l'ESG renforcent les conclusions de l'ELIC à l'effet que le capital social joue un rôle important dans la santé des immigrants au Canada :

- On note une association positive entre la taille des *réseaux de liens forts* et la perception de l'état de bonne santé perçue des immigrants. De fait, cette association est plus grande chez les immigrants que chez tous les autres groupes étudiés, y compris pour l'ensemble de la population.

- Les résultats révèlent aussi une association positive entre le nombre de *liens avec les organisations* et l'état de santé perçue des répondants immigrants. Les immigrants qui entretiennent plusieurs liens avec des organismes ont plus tendance à se déclarer en bonne santé que les autres immigrants. Cette tendance converge avec l'analyse de l'ensemble de la population canadienne.

De fait, les résultats de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants

du Canada (ELIC) font ressortir

diverses sources d'aide jugées

les plus importantes pour les

personnes immigrantes, soit les

parents ou les membres de la

famille (déjà établis au Canada),

les amis, les organismes qui

œuvrent auprès des personnes

immigrantes, les établissements

d'enseignement et les

travailleurs de la santé.

- Les femmes immigrantes sont le seul groupe, hormis la population générale, dont les résultats des analyses indiquent une relation significative entre la *réciprocité* dans les réseaux sociaux et la santé perçue. Les immigrantes qui ont affirmé avoir au moins une relation d'aide réciproque parmi leurs réseaux sociaux sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que leurs consœurs qui ne disposent pas de relation d'aide réciproque.

- La participation bénévole et la santé perçue sont fortement associées chez les hommes immigrants. Les hommes immigrants qui ont été engagés dans une activité bénévole pendant l'année précédant l'enquête sont plus que deux fois plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que leurs confrères qui n'ont pas eu d'implication bénévole.

- La situation est différente lorsqu'on examine l'*indice de soutien social* et l'état de santé perçue. Les répondants immigrants qui disent avoir eu recours à au moins une forme de soutien social au cours de l'année précédant l'enquête ont plus tendance à se déclarer en mauvaise santé. Ce résultat s'explique probablement par une limite quant à la mesure du soutien social à partir des

données de l'ESG dont nous discuterons plus en détail en conclusion. Cette association négative vaut également pour l'ensemble de la population canadienne.

Les membres de ménages à faible revenu

Certains chercheurs posent l'hypothèse que la pauvreté et l'accroissement des inégalités sociales engendrent un niveau constant de stress qui, en retour, affecte négativement la santé physique et psychique des personnes^{7,8}. Des études récentes indiquent que lorsque les solutions ainsi que la capacité d'adaptation face au stress sont limitées, on constate un accroissement de la vulnérabilité à toute une gamme de maladies qui touchent les systèmes

immunitaire et hormonal⁸. Dans ce contexte, comme dans bien d'autres circonstances difficiles de la vie, les réseaux agiraient comme des modérateurs qui atténuent les conditions de vie adverses, aidant les personnes à demeurer en santé ou à augmenter leur résilience⁹.

Les résultats de l'analyse de l'ESG soulèvent les principaux points suivants :

- Dans le cas des personnes vivant dans un ménage à faible revenu, on note une association positive entre l'état de santé perçue et la *taille des réseaux de liens forts*. Les répondants qui disposent d'un réseau de taille *moyenne* ou *supérieure* tendent plus à se dire en bonne santé que ceux qui disposent d'un petit réseau. Cette association est plus forte chez les hommes que chez les femmes de ce groupe.
- Contrairement à la tendance générale, la santé perçue des individus vivant dans un ménage à faible revenu n'est pas reliée aux réseaux de liens avec des *organisations*.
- Pour ce qui est de l'engagement bénévole, la relation positive entre le bénévolat et l'état de santé perçue est beaucoup plus forte dans le cas des personnes vivant dans des ménages à faible revenu que dans l'ensemble de la population ou les autres groupes étudiés. En fait, seuls les hommes immigrants obtiennent une association plus forte entre la participation bénévole et la santé.

Limites des analyses

Bien que les résultats obtenus à partir des données de l'ESG ne permettent pas d'établir des liens de causalité, l'étude actuelle démontre que les indicateurs de capital social les plus proches d'une approche réseau (les réseaux de liens forts et les réseaux de liens avec les organisations) sont associés de manière significative à l'état de santé perçue des Canadiens. En outre, les données disponibles dans l'ESG présentent d'importants défis.

Le premier tient à un problème auquel les chercheurs font régulièrement face lorsqu'ils analysent les données secondaires, soit la difficulté d'opérationnaliser un modèle guidé par un cadre théorique *différent* de celui qui a orienté le développement de la base de données utilisée, tout en ayant accès à un nombre suffisant de données et d'indicateurs pour procéder à une analyse significative. Confrontés à une telle difficulté, les chercheurs peuvent voir le nombre de données utilisables réduit dans leurs analyses¹⁰. Dans le cas présent, l'alignement du cadre théorique du capital social avec les indicateurs de l'ESG a restreint le choix des indicateurs de capital social disponibles aux fins d'analyse. Mais quoique les analyses aient dégagé des résultats intéressants et dignes d'attention, les

données disponibles dans l'ESG demeurent insuffisantes pour effectuer une véritable analyse du capital social à partir d'une approche axée sur les réseaux.

À titre d'exemple, l'ESG, cycle 17 n'emploie pas les outils de mesure du soutien social habituellement utilisés dans les grandes bases de données comme celle de l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP), qui comporte un outil mesurant les perceptions des répondants quant à la disponibilité du soutien social. De fait, l'ESG évalue plutôt le soutien social à l'aide de six variables identifiant les répondants qui ont eu recours à une forme de soutien social quelconque au cours de l'année précédant l'enquête. En mesurant l'*utilisation* du soutien social plutôt que la *perception de sa disponibilité*, l'indice de soutien social dérivé des données de l'ESG devient un indicateur de mauvaise santé. L'intégration d'instruments de mesure du capital social plus perfectionnés dans les grandes bases de données, tel que le Resource Generator¹¹, constituerait un atout pour enrichir les politiques publiques.

Une seconde limite des résultats tient à l'indicateur de santé perçue qui, bien qu'étant un prédicteur fiable de la mortalité^{12,13,14}, n'est pas aussi objectif qu'une variable de santé composite comme l'indice de l'état de santé (IES).

Prochaines étapes . . . interprétation des résultats

Les résultats de ces analyses donnent un premier aperçu empirique pancanadien des relations entre le capital social —tel qu'opérationnalisé dans notre modèle—et la santé des femmes et des hommes faisant partie de trois groupes de population vulnérables.

Même si ces analyses soulèvent déjà de nombreuses réflexions, il faut poursuivre les recherches pour mieux comprendre le sens des résultats. Pourquoi, par exemple, les hommes âgés constituent-ils le seul groupe d'hommes où l'on n'observe aucune relation significative entre les réseaux de liens forts et la santé perçue? Pourquoi les réseaux de liens avec les organisations ont-ils plus d'importance eu égard à l'état de santé dans le cas des aînés et des immigrants? Quel est le sens de la relation entre la participation bénévole et la bonne santé?

Les prochains articles examinent plus à fond le rôle du capital social en fonction de divers groupes de population vulnérables et expliquent en quoi la recherche sur le capital social peut favoriser et enrichir l'élaboration des politiques et programmes. ●

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

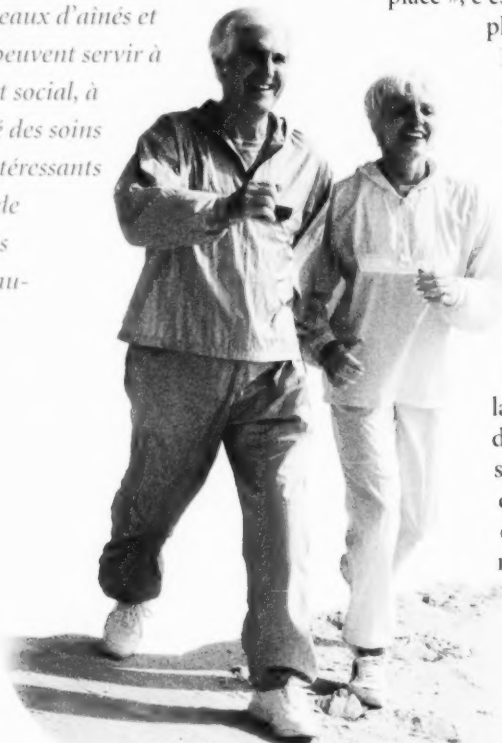
Pour joindre les chercheurs, écrire à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

Capital social et sain vieillissement

Joanne Veninga, Division du vieillissement et des aînés, Centre pour la promotion de la santé, Agence de santé publique du Canada

L'auteure tient à souligner l'aimable participation de **Norah Keating**, de **Jennifer Swindle** et de **Deborah Foster** de l'Université de l'Alberta.

Au fil de la vie, l'ensemble de la population des aînés traverse plusieurs grandes étapes, d'où la vulnérabilité accrue des personnes âgées à l'isolement social et à l'exclusion. En ce sens, il est bon d'aborder la question sous l'angle du capital social, surtout lorsqu'on tente d'élaborer des politiques et des programmes axés sur le sain vieillissement. Cet article fait état de récentes études portant sur le capital social et le « bon vieillissement », examine divers types de réseaux d'aînés et décrit en quoi ils peuvent servir à réduire l'isolement social, à garantir la qualité des soins et à instaurer d'intéressants modes et services de soutien au sein des secteurs communautaire et bénévole.



Une population canadienne vieillissante

Les aînés constituent le segment de population qui augmente le plus rapidement au Canada. Ce phénomène se poursuivra, au fur et à mesure que les membres de la génération de l'après-guerre, soit les « baby-boomers », atteindront 65 ans¹. D'ici 2015, il y aura plus d'aînés que d'enfants au Canada¹.

En 2005, les aînés constituaient 13 %² de la population totale. D'ici 2031, on prévoit qu'ils représenteront quelque 23 % de l'ensemble de la population canadienne (voir la Figure 1 à la page 22)³. Les aînés « plus âgés » constituent le groupe démographique en plus grande expansion; d'ici 2056, un Canadien sur dix aura 80 ans ou plus, comparativement à un Canadien sur 30 en 2005¹. En outre, un nombre croissant d'aînés vieillissent « sur place », c'est-à-dire que plus de 90 % des personnes de 65 ans et plus continuent de vivre au sein de leur collectivité⁴.

Les Canadiennes tendent à vivre plus longtemps que les hommes et représentent donc 57 % de la population vieillissante^{2,5}. Une femme de 65 ans peut espérer vivre pendant 20,8 autres années alors qu'un homme peut s'attendre à vivre pendant 17,4 autres années⁵.

Une période de transitions

Au fur et à mesure qu'ils vieillissent, les aînés peuvent connaître de grands bouleversements de vie susceptibles d'affaiblir leurs réseaux sociaux, comme la retraite, la détérioration de la santé, les déplacements forcés et le décès de personnes chères, par exemple^{6,7,8}. L'isolement social tend également à s'exacerber au fur et à mesure que les gens vieillissent et que les réseaux de parents et d'amis se réduisent⁹. Les études révèlent que les personnes qui demeurent activement engagées dans la vie et qui sont socialement branchées sont plus heureuses, plus en forme physiquement et mentalement, et plus en mesure de franchir les étapes de la vie.

Les liens sociaux positifs (p. ex., la famille, les amis, l'appartenance à un groupe local) ont pour effet de

rehausser et de sauvegarder la santé^{10,11}. En ce sens, les taux de mortalité précoce, de maladies cardiaques et de facteurs de risque pour la santé sont plus faibles chez les gens qui profitent de contacts sociaux et de réseaux de soutien plus solides¹². Par conséquent, les politiques et les programmes axés sur le sain vieillissement ont tout intérêt à miser sur le capital social. Comme le précise l'article en page 6, le capital social fait référence aux « réseaux de relations sociales donnant accès aux ressources et à l'aide nécessaires ».

Les réseaux sociaux et le bon vieillissement

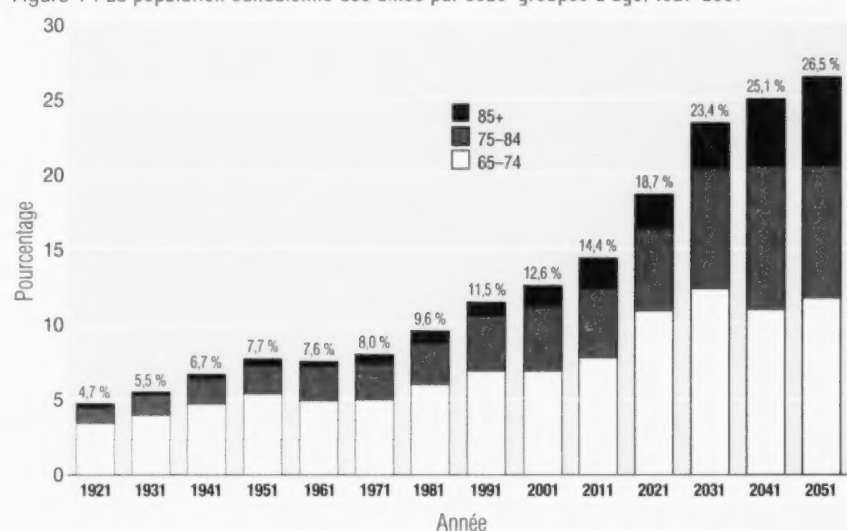
Dans son livre « The Role of Social Capital in Aging Well », Keating et coll.¹³ font appel à la théorie du capital social pour expliquer divers types de réseaux d'ainés et leur effets sur le bon vieillissement. Les auteurs explorent trois visions du sain vieillissement et le rôle qu'y jouent les réseaux :

- **Maintien de la santé physique et cognitive :** Les réseaux fournissent-ils les ressources requises et donnent-ils accès aux services nécessaires au maintien et à l'amélioration de l'état physique et cognitif?
- **Engagement dans les domaines du travail et des activités communautaires :** Les réseaux ont-ils pour effet de favoriser ou de restreindre les possibilités?
- **Liens harmonieux entre la personne et son environnement :** En quoi les réseaux aident-ils à assurer des liens harmonieux entre la personne et son environnement¹³?

Sur le plan de la composition et des ressources, on note de grandes disparités entre divers types de réseaux d'ainés que Keating et coll. catégorisent ainsi : **réseaux sociaux** (groupes de douze ou treize personnes avec lesquelles les aînés entretiennent des liens étroits); **réseaux de soutien** (des contacts utiles, y compris des interactions quotidiennes et des activités instrumentales, comme de l'aide pour les tâches ménagères, le transport, engageant de cinq à dix personnes); et les **réseaux de soins** (des réseaux de trois à cinq personnes qui fournissent un soutien aux aînés aux prises avec des problèmes de santé à long terme ou dont la capacité fonctionnelle est limitée).

Les faits saillants des études actuelles fournissent des renseignements intéressants et utiles sur les réseaux d'ainés (voir l'encadré à la page 23).

Figure 1 : La population canadienne des aînés par sous-groupes d'âge, 1921-2051¹³



Source : Statistique Canada, 1999-2005.

Atteinte d'un juste équilibre entre les soins formels et informels

C'est souvent la taille des réseaux sociaux (nombre d'amis et de parents), la qualité des liens et la proximité physique des aidants qui déterminent si les aînés obtiennent ou non une aide formelle de la part de professionnels, des soins informels de la part de parents ou d'amis ou s'ils n'en reçoivent pas du tout¹⁴. Même si le caractère des familles canadiennes a changé, les estimations révèlent qu'environ 80 % de tous les soins aux aînés leur sont toujours dispensés par des parents ou des proches¹⁵.

Une analyse de l'*Enquête sociale générale* (ESG) de 2002, cycle 16, sur le vieillissement et le soutien social¹⁶ s'intéressait aux liens entre les réseaux sociaux d'ainés non institutionnalisés et leur propension à obtenir des soins formels ou informels, ou à ne pas en obtenir¹⁴. Les résultats confirmaient l'importance des réseaux de soins :

- Parmi les aînés recevant des soins, 45 % comptaient exclusivement sur des réseaux informels.
- La nécessité de soins plus formels augmentait au fur et à mesure que les réseaux sociaux s'effritaient avec l'âge (même chez les personnes dont la santé était stable) et avec le décès du conjoint.
- Les personnes ayant accès à un large bassin de soutien (p. ex., l'appartenance à une grosse famille ou à une communauté de croyants) avaient davantage recours aux soins informels.
- Les personnes plus scolarisées et mieux branchées sur leur collectivité faisaient plus souvent appel aux réseaux de soins formels, peut-être parce qu'elles avaient moins

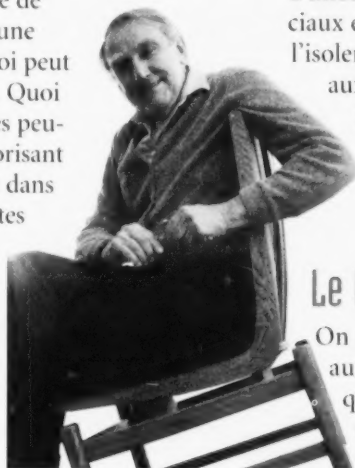
de difficultés à maîtriser les rouages institutionnels qui peuvent compliquer l'accès dans le cas d'ainés moins alphabétisés. On note aussi une corrélation entre l'éducation, l'avoir accumulé au cours d'une vie et la richesse, ce qui porte à croire que plus les gens sont éduqués, plus ils ont les moyens de payer pour obtenir une aide formelle¹⁴.

Les réseaux sociaux aident à réduire l'isolement social

Les réseaux sociaux peuvent profiter aux aînés en augmentant leur sentiment de bien-être et de contrôle, et en atténuant le danger d'isolement social. Même si l'isolement social tend à s'accroître au fur et à mesure que les gens vieillissent, d'autres facteurs entrent en jeu, dont une santé déclinante, une invalidité, le sexe (l'isolement social affecte plus les femmes que les hommes¹⁸—puisque elles vivent plus longtemps), le décès du conjoint, le fait de vivre seul, l'affaiblissement des réseaux sociaux, les problèmes de transport, le lieu de résidence, la méfiance face aux autres, la pauvreté et une faible estime de soi^{18,19,20}. Il importe néanmoins de reconnaître que les facteurs affectant un aîné peuvent ne pas affecter les autres de la même façon. Le fait de vivre seul, par exemple, ne signifie pas nécessairement que la personne se sent esulée ou sans appui⁸. En outre, les aînés dont les réseaux sociaux diminuent au fil des années ne sont pas nécessairement mécontents ou seuls. Les études révèlent que le sentiment de bien-être tient davantage à la qualité qu'à la quantité des contacts sociaux²¹.

Compte tenu du nombre croissant d'ainés qui « vieillissent sur place », le problème de l'isolement social prend de l'ampleur. Même si les études ont toujours confirmé les liens étroits entre l'isolement social et la santé, la tangente de causalité entre le soutien social et la santé demeure nébuleuse—même si l'absence de réseaux de soutien peut contribuer à une mauvaise santé, la mauvaise santé en soi peut entraîner une perte de soutien social¹⁹. Quoi qu'il en soit, les programmes et services peuvent aider à réduire l'isolement en favorisant la participation et l'inclusion des aînés dans leurs collectivités. Les données probantes révèlent que les collectivités « bien nanties »²² en capital social sont mieux équipées pour protéger la santé de leurs citoyens, y compris les personnes socialement isolées.

Il faut obtenir plus de données probantes sur les caractéristiques, les facteurs de risque et les conséquences



Quelques données sur les réseaux d'ainés...

- L'âge constitue un important déterminant des réseaux sociaux et de soutien—les réseaux sociaux des aînés plus âgés sont plus petits et davantage axés sur la parenté.
- Le sexe de la personne a un effet sur la composition du réseau—les réseaux sociaux des femmes âgées sont plus grands que ceux des hommes âgés. Dans une large mesure, les études font ressortir la prédominance des femmes dans le domaine des soins, quoique les récents résultats d'une enquête nationale portent à croire que la proportion de femmes et d'hommes offrant des soins aux personnes âgées est semblable (54 % de femmes par rapport à 46 % d'hommes)¹⁷.
- Les personnes célibataires tendent à avoir des réseaux plus petits.
- Les personnes plus scolarisées semblent cultiver plus de liens avec des voisins et amis plus jeunes, alors que les personnes moins scolarisées tendent à profiter davantage du soutien de leur famille.
- Les personnes qui ont un revenu plus élevé et qui sont en meilleure santé entretiennent plus de liens avec l'ensemble de la collectivité.
- La présence accrue de femmes au sein de réseaux, une plus forte proportion de parents et la taille même du réseau constituent autant de facteurs clés lorsqu'on tente d'établir quels aînés obtiennent des soins personnels.
- Les collectivités qui offrent un haut niveau de soutien sont relativement petites, comptent une proportion accrue d'ainés et de personnes qui ont longtemps vécu au sein de la collectivité et se distinguent par le nombre relativement élevé d'heures de travail non rémunéré accompli par les membres de la collectivité¹³. Par conséquent, le fait de vivre dans une collectivité cohésive peut aider les individus à accéder aux ressources, malgré l'absence de réseaux personnels.

possibles de l'isolement social et ses effets sur la qualité de vie des aînés. En outre, il faut arriver à mieux comprendre les politiques susceptibles d'affecter l'isolement social et l'intégration sociale des aînés¹⁹. Pour répondre au besoin d'information, le ministre fédéral et les ministres provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont fait de l'isolement social un enjeu de pointe et ont demandé aux responsables de l'étudier, de mettre en commun l'information à l'échelle des compétences, d'identifier les incidences possibles sur les programmes et les politiques, et de définir des approches axées sur la collaboration²³.

Le bénévolat et le sain vieillissement

On a démontré que le bénévolat contribue autant au bien-être des bénévoles qu'à celui des personnes qui profitent de leurs services²¹. Le bénévolat aide également les personnes à mieux composer avec leurs pertes, au fur et à mesure qu'elles vieillissent²⁴.

Un capital social peut être créé à partir du bénévolat—un niveau de capital social élevé favorise et prolonge la santé des personnes âgées, assure une aide informelle en cas de besoin, réduit la maladie, retarde la mort et améliore la qualité de vie^{25,26}. De plus, les activités bénévoles auxquelles s'adonnent les gens au cours des années adultes favorisent le sain vieillissement en leur permettant de jouer plusieurs rôles plus tard dans la vie. On croit aussi que le fait d'incarner plusieurs rôles dans la vie (p. ex., le rôle d'ami, de travailleur, de conjointe, de bénévole) favorise l'intégration sociale et aide les gens à faire face au stress²⁷.

Quoique la proportion officielle d'ainés qui s'adonnent au bénévolat soit plus faible que la moyenne nationale, ce sont les aînés canadiens qui consacrent le plus d'heures aux activités bénévoles^{28,29}. L'apport des aînés au secteur bénévole est jugé essentiel, surtout à l'échelle des organismes communautaires, y compris ceux créés par et pour les aînés. Il importe de reconnaître la valeur de l'action bénévole et de trouver des façons d'aider les personnes vieillissantes à s'adonner à des activités bénévoles valables, surtout celles aux prises avec des problèmes de santé, de revenu ou de transport³⁰.

L'enrichissement du capital social

Même s'ils n'ont pas été spécifiquement conçus dans une optique de capital social, plusieurs programmes fédéraux actuels pour les aînés (p. ex., le Programme de congé de soignant, le programme Nouveaux horizons pour les aînés) peuvent enrichir le capital social et favoriser le bon vieillissement. Ces programmes aident au développement de trois types de capital social : le **capital social qui unit (bonding)**—des relations qui permettent aux gens de « s'adonner aux activités courantes » de la vie; le **capital social qui relie (bridging)**—des liens qui permettent aux gens de se brancher sur des « ressources externes » pour « aller de l'avant »; et le **capital social qui crée des liens (linking)**—qui facilite l'établissement de liens entre les réseaux⁶.



Le capital social qui unit (bonding) : L'appartenance à un réseau de soins informels constitué de parents et d'amis peut s'avérer stressante en raison des coûts financiers, émotifs et de santé éventuels. Par contre, le soutien formel aux aînés (p. ex., les services communautaires et de soins à domicile)

Une perspective de capital social axée sur les aînés se

montre particulièrement utile lorsqu'on tente d'établir des politiques publiques de promotion du sain vieillissement. Il importe de mener d'autres études pour définir les approches qui encadreront le mieux tous les types de réseaux de promotion de la santé.

peuvent alléger les pressions qui s'exercent sur le réseau de soins informels. Le soutien formel enrichit le capital social qui unit car il permet aux aînés de « vieillir sur place » tout en demeurant branchés sur leur réseau social¹³.



Le capital social qui relie (bridging) : Les programmes qui donnent accès aux ressources peuvent aider les aînés à conserver leurs réseaux sociaux et réduire l'isolement social. Le programme Nouveaux horizons pour les aînés de Développement social Canada (<http://www.dsc.gc.ca/fr/psr/horizons/tabmat.shtml>), par exemple, appuie des projets locaux qui encouragent les aînés à contribuer à leur collectivité en misant sur la participation sociale et sur la vie active¹³.



Le capital social qui crée des liens (linking) : Les programmes qui encouragent les liens entre les organismes bénévoles et les organismes gouvernementaux à divers niveaux peuvent améliorer l'accès des aînés et des familles aux ressources. La Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels est un organisme national qui a pour mission d'appuyer les réseaux de soins et d'encourager les organismes d'aidants, les chercheurs et les gouvernements à discuter des politiques publiques axées sur la prestation de soins (<http://www.ccc-ccan.ca/index.php>)¹³.

Coup d'œil vers l'avenir

Une perspective de capital social axée sur les aînés se montre particulièrement utile lorsqu'on tente d'établir des politiques publiques de promotion du sain vieillissement. Entre autres défis qui se posent, on doit mieux comprendre la fragilité des liens entre adultes âgés; l'utilité des liens qui se créent au sein des collectivités « physiques » et « virtuelles » d'ainés; le rôle des familles et des réseaux de soins dans le bon vieillissement; et l'importance d'évaluer les programmes¹³.

L'Agence de santé publique du Canada compte faire appel à la notion de capital social pour expliquer l'effet des relations sociales sur la santé des aînés et pour examiner l'efficacité et la justesse des interventions stratégiques qui sous-tendent ces relations³¹. Il importe de mener d'autres études pour définir les approches qui encadreront le mieux tous les types de réseaux de promotion de la santé. ☺

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Nouvelles études sur les réseaux d'aidants au sein des collectivités

des **Premières nations** et des **Inuits**

Sean Van Liempt, Direction des soins de
santé primaires et de la santé publique,
Direction générale de la santé des Premières
Nations et des Inuits, Santé Canada

Tel que précisé dans l'article précédent, les données probantes révèlent que les réseaux de soins jouent un rôle prépondérant dans le maintien de la santé chez les aînés. Quoique la documentation révèle que la prestation des soins à domicile relève le plus souvent d'aidants naturels ou « informels » (parents, amis et voisins), on en sait peu sur le niveau de soins informels offerts dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. En vue de collecter des renseignements sur les réseaux de soins au sein de ces collectivités et de mieux cerner les pénuries de services, le gouvernement du Canada subventionne des études sur les soins continus dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Une occasion d'enrichir le capital social

Dans le cas des Premières nations et des Inuits, les soins « informels » servent à appuyer les soins professionnels « formels » (soins infirmiers, soins à domicile, soutien à domicile, soins de relève, etc.) de manière à respecter tant les pratiques holistiques et traditionnelles des Premières nations et des Inuits que les approches contemporaines face à la guérison et au bien-être. Puisque les aidants naturels sont issus des réseaux sociaux des personnes desservies, l'aide est le résultat direct et l'avantage tangible du capital social enchâssé dans ces réseaux. Ces avantages vont dans les deux sens, car lorsque les anciens obtiennent un appui qui leur permet de demeurer sur place, leur sagesse traditionnelle, leur langue et leurs connaissances culturelles continuent d'enrichir la collectivité.

À l'heure actuelle, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada financent une série de services de soins continus à l'intention des collectivités des Premières nations et des Inuits. Cela dit, il existe encore des lacunes à combler et des défis à relever, surtout dans le cas des clients qui ont besoin de soins à domicile plus

longs à dispenser ou de soins en établissement, et qui ne veulent pas quitter leur collectivité.

Une nouvelle base de données probantes

Une étude coopérative intitulée « *An Assessment of Continuing Care Requirements in First Nations and Inuit Communities* » est en cours. Une fois terminée, les résultats permettront de définir des réponses stratégiques et de combler les lacunes sur le plan des services¹.



Puisque toute politique doit nécessairement prendre en compte les besoins des familles et les soins offerts, un important aspect de cette recherche consiste à analyser le type et le degré de soutien offert par les réseaux d'aidants naturels (membres de la famille) dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

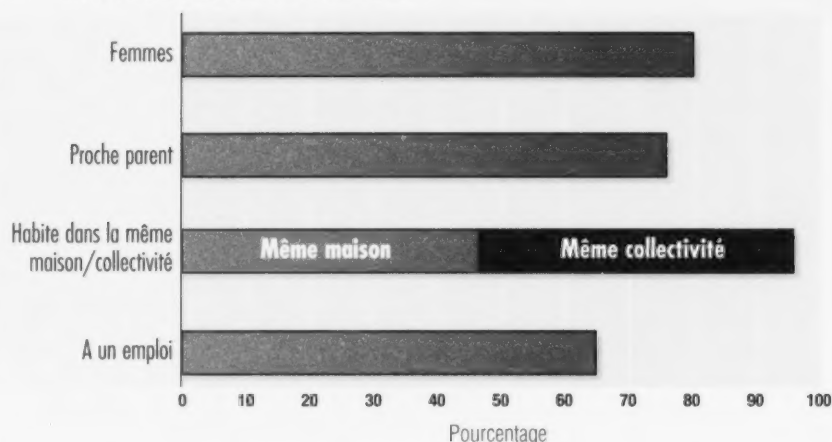
En tout, 230 aidants naturels de la famille et 450 clients (membres de la famille qui profitent des soins) dans 11 collectivités réparties dans trois régions ont participé à l'étude. Au départ, on devait collecter certaines données en consultant les agendas des aidants familiaux. Cependant, les groupes consultatifs communautaires recommandaient plutôt d'adapter des outils d'entrevue rétrospectifs—déjà présents dans la littérature^{2,3,4,5,6}—et de les utiliser à la place des agendas. Un facteur pris en compte pour déterminer la meilleure méthode de collecte de données avait trait aux perceptions culturelles de prestation des soins—à titre d'exemple, il arrive souvent que les participants des collectivités inuites ne considèrent pas la prestation de soins comme une fonction discrète fondée sur le nombre d'heures.

On a maintenant procédé à la collecte des données de cette étude et un sommaire des résultats est maintenant disponible. À mesure que le projet progresse, les résultats des entrevues permettront d'obtenir une estimation quantitative de l'ampleur des soins et du soutien informels dans les collectivités des Premières nations et des Inuits partout au Canada.

Un bref aperçu de la recherche

Un premier survol des données révèle que la grande majorité (95 %) des clients aiment mieux obtenir l'aide de leur famille, dans leur propre milieu. Les données indiquent également que les aidants familiaux sont engagés à fournir des soins et qu'ils jouent un

Figure 1 : Attributs choisis des aidants familiaux



Source : *An Assessment of Continuing Care Requirements in First Nations and Inuit Communities, 2006*¹.

Puisque toute politique doit nécessairement prendre en compte les besoins des familles et les soins offerts, un important aspect de cette recherche consiste à analyser le type et le degré de soutien offert par les réseaux d'aidants naturels (membres de la famille) dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits.

















rôle essentiel en vue de garantir que les clients obtiennent les services requis pendant toute la durée voulue.

Attributs des aidants familiaux

Quatre-vingt pour cent des participants affirment être le soignant principal du client. Les résultats des entrevues de la Figure 1 tracent le profil des aidants naturels au sein des collectivités étudiées.

- Les plupart des aidants familiaux sont des femmes (79 %), des parents proches (76 %) et ils vivent dans la même maison (47 %) ou dans la même collectivité (49 %).
- La plupart des aidants naturels travaillent également à l'extérieur du foyer (65 %) et un cinquième environ (21 %) affirment que leurs responsabilités d'aidant affectent leur travail.
- La plupart des aidants naturels ont entre 18 et 54 ans (95 %); environ 2 % ont plus de 75 ans, alors que 3 % ont moins de 18 ans.
- Plus du tiers des aidants naturels (39 %) offrent des soins à plus d'une personne; la moitié environ prennent soin de cinq personnes ou plus.
- Près des deux tiers (63 %) des aidants familiaux offrent des soins depuis cinq ans ou plus.

Tableau 1 : Activités des aidants familiaux

Activité	% des aidants
 Alimentation, planification des repas, préparation des repas	47
 Soins personnels (p. ex., bain, habillage, toilette personnelle)	35
 Communication (p. ex., vision, se faire comprendre des autres)	34
 Tâches financières (p. ex., budget, paiement des factures, formulaires à remplir)	52
 Tâches ménagères légères et entretien de la maison (p. ex., ménage léger, lessive)	65
 Entretien de la maison à l'intérieur (p. ex., tâches ménagères plus lourdes, travaux de peinture)	62
 Entretien de la maison et tâches à l'extérieur (p. ex., pelletage de neige)	60
 Mobilité à l'intérieur de la maison ou de l'établissement (p. ex., marcher à l'intérieur)	28
 Mobilité à l'extérieur de la maison ou de l'établissement (p. ex., se rendre à un autre endroit)	57
 Soins infirmiers ou médicaux (p. ex., soins des pieds, médicaments)	40
 Identification des professionnels capables de fournir les services et l'équipement médical	35
 Coordination et organisation des rendez-vous médicaux et des services de santé	42
 Équipement médical, fournitures médicales et des médicaments	41
 Guérisseur traditionnel et médicaments traditionnels	4

Soins et soutien fournis

Les résultats révèlent que les aidants familiaux exécutent une large gamme de tâches (voir le Tableau 1), y compris la dispensation de soins personnels (35 %) et de soins infirmiers et médicaux (40 %) mais que, la plupart du temps, ils voient à l'entretien du domicile du client (60 %-65 %).

Soutien offert aux aidants naturels

Alors que la plupart des aidants (87 %) obtiennent de l'aide de la part d'autres membres de la famille et que certains aidants (28 %) obtiennent de l'aide directement du système de soins formel, les résultats révèlent que les principaux aidants naturels tendent fortement à souffrir de stress et d'épuisement. Mais tel que mentionné dans l'article précédent, ces effets négatifs peuvent être atténués par les avantages inhérents à l'élargissement ou à l'amélioration des réseaux d'aidants naturels (c.-à-d., l'enrichissement du capital social) résultant, par exemple, de l'aide accrue émanant d'autres membres de la famille ou du système de soins formel.

Un regard vers l'avenir...

Les données probantes aideront à définir les besoins des clients exigeant des soins de plus haut niveau, y compris les soins en établissement, et favorisera la collaboration en matière d'élaboration de politiques engagée entre les Premières nations et les Inuits, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Vu sous l'angle du capital social, on peut en soustraire des données sur les réseaux de soins, leurs éventuels bienfaits et les pressions qui s'y exercent. Cette perspective s'avérera précieuse pour définir des politiques sur les services de soins continus et pour trouver de meilleures façons d'appuyer les aidants naturels et les familles.

Puisqu'il s'agit de la première étude du genre au monde à s'intéresser particulièrement aux collectivités autochtones, les résultats ont été présentés lors du XIII^e Congrès international sur la santé circumpolaire qui avait lieu en Sibérie au mois de juin 2006.

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Carl Bertoia *Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère, Direction générale du contrôleur ministériel, Santé Canada*, et Lauranne Matheson *Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada*

évaluations communautaires

L'évaluation des résultats à long terme des programmes de santé communautaires sur l'amélioration de la santé se heurte à de nombreux défis. Partant des recherches sur le capital social, le présent article encourage des évaluations de programmes communautaires efficaces et rapides qui exploitent à bon escient les résultats intermédiaires, comme l'aptitude à influencer les réseaux sociaux de participants et de collectivités.

Pour relever efficacement le défi

En cette ère de responsabilisation et de transparence accrues, il importe que les initiatives financées par divers ordres de gouvernement puissent démontrer leur efficacité et leur valeur aux yeux des citoyens. En ce sens, le gouvernement du Canada recommande de produire un Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) dès la mise en place d'une nouvelle politique ou d'un nouveau programme ou projet. Un CGRR définit la séquence logique des résultats prévus suivant un investissement donné à court, moyen ou long terme.

Dans le passé, les évaluations d'initiatives axées sur la santé avaient surtout pour but de démontrer les résultats à long terme. Cela dit, il demeure difficile d'effectuer les évaluations à long terme nécessaires pour prouver une amélioration de la santé. Il est également difficile d'attribuer à *une seule* initiative le mérite d'une amélioration quelconque de l'état de santé (p. ex., une réduction du nombre de personnes diabétiques ou séropositives), surtout à l'intérieure des délais serrés propres aux plans, aux priorités et aux affectations de ressources du gouvernement. Dans un tel contexte, il peut aussi s'avérer utile de mesurer les changements intermédiaires qui entraîneront logiquement des effets à long terme.

Le capital social : Un outil utile

Tel que mentionné dans les articles précédents, même si les liens de causalité entre le capital social et la santé ne sont pas toujours faciles à établir, les chercheurs ont clairement démontré l'existence de liens empiriques entre des niveaux de capital social élevés et l'amélioration de la santé^{1,2}. Putnam¹ a formulé une série d'arguments plausibles à l'effet que les réseaux sociaux pourraient offrir une aide tangible (p. ex., de l'argent, des soins aux convalescents ou des services de transport), renforcer les normes de santé et favoriser la mobilisation des ressources en santé.



Puisque certains projets de santé communautaires ont déjà adopté des principes et des stratégies pouvant affecter le capital social, le fait de mesurer cet impact au fil du temps pourrait favoriser l'évaluation et la prestation de ces programmes. En ce sens, le capital social constitue un outil conceptuel efficace qu'on peut intégrer au cadre logique d'un programme et qui sert à expliquer en quoi les éléments clés d'un programme peuvent produire les résultats escomptés.

L'exemple d'un programme communautaire sur l'allaitement maternel illustre bien les dynamiques en cause (voir la page 30). Un examen du cadre logique révèle en quoi le capital social peut être perçu à la fois comme la résultante d'une activité de programme et comme un élément déterminant des résultats comportementaux et de santé à long terme.

Trois dimensions du capital social et sortes de questions d'évaluation du PACE/PCNP

Dimensions du capital social⁴

Sortes de questions d'évaluation du PACE et du PCNP



Capital social qui unit (bonding)

Un réseau de soins informels constitué de personnes ayant des antécédents semblables, comme des parents, des proches, des amis et d'autres connaissances du genre, soit des collectivités homogènes qui entretiennent des rapports caractérisés par des liens solides et serrés.

Les questions sur les modes de prestation des programmes, y compris les occasions qui permettent aux personnes de participer à des activités collectives avec leurs enfants, leur partenaire ou leurs pairs fournissent des renseignements pour enrichir le capital social qui unit.



Capital social qui relie (bridging)

Des relations avec des personnes aux antécédents diversifiés où les liens sont plus faibles, soit des réseaux hétérogènes qui comblent les écarts sociaux et qui servent souvent d'importants leviers sociaux donnant accès à des ressources assez différentes des ressources personnelles.

Les questions sur la composition des comités de projet, sur le nombre et le genre de bénévoles et sur les collectivités desservies fournissent des renseignements sur les occasions qui s'offrent d'établir des réseaux plus diversifiés qui vont au-delà des frontières géographiques ou culturelles rigides.



Capital social qui crée des liens (linking)

Des relations avec des personnes en position de pouvoir qui permettent aux personnes d'exploiter les ressources, les idées, l'information et les connaissances d'une collectivité ou d'un groupe. Les partenariats donnent également la chance aux organismes de profiter des ressources et d'influencer les décisions en matière de politiques.

Les questions sur les rôles particuliers des participants et sur la nature des partenariats fournissent des renseignements sur l'accès des participants au pouvoir et sur la constitution de réseaux verticaux à l'échelon communautaire.

Évaluation du PACE et du PCNP

Plusieurs programmes communautaires régis par Santé Canada et par l'Agence de santé publique du Canada ont activement recours à une approche de santé axée sur les « déterminants »³ et affichent une affinité certaine avec le concept de capital social, y compris le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Ces deux programmes offrent un financement à long terme aux organismes et aux coalitions communautaires pour les aider à consolider les liens sociaux et à améliorer la santé des femmes enceintes, des mères, des enfants et des familles susceptibles de souffrir d'isolement. Ces deux programmes favorisent la création de réseaux et de partenariats, ce qui permet à la collectivité d'améliorer l'accès de groupes de population à risque à une gamme élargie de services.

Un examen plus poussé des programmes met en lumière des stratégies qui influent sur le capital social et les efforts d'évaluation engagés pour détecter le capital

social. Le PACE et le PCNP ont eu recours à plusieurs méthodes pour mesurer leur rendement et pour évaluer leur portée, leur pertinence, leur mise en œuvre et leur impact. À titre d'exemple, les deux programmes exigent que les responsables de chaque projet subventionné remplissent un formulaire administratif annuel—le Profil national du programme (PNP) dans le cas du PACE et le Questionnaire de projet (QP) dans le cas du PCNP.

Quoique ces instruments d'enquête n'aient pas été intentionnellement conçus pour évaluer le capital social, un examen plus attentif révèle que les deux enquêtes comprennent des questions liées à l'aptitude des projets à favoriser les trois dimensions du capital social : le capital social qui unit (bonding); le capital social qui relie (bridging); et le capital social qui crée des liens (linking) (voir l'encadré ci-dessus).

Une analyse plus poussée des outils d'évaluation engendre des données quantitatives et qualitatives qui démontrent que le PACE et le PCNP affectent tous deux le capital social, tant sur le niveau plan individuel (personnes qui participent au programme) que collectif (projet).

Application de la théorie du capital social aux programmes d'allaitement : Un exemple éloquent

Les liens entre l'allaitement maternel exclusif et prolongé et la bonne santé de la mère et de l'enfant ont été clairement démontrés⁵. Par conséquent, la promotion de l'allaitement maternel constitue aujourd'hui une composante clé de nombreux programmes prénataux communautaires. Ces programmes misent sur plusieurs stratégies dont certaines peuvent enrichir le stock de capital social des personnes qui participent au programme (p. ex., l'aide des pairs, l'accès au soutien professionnel).

Dans le passé, on évaluait l'efficacité du programme en surveillant et en mesurant les pratiques d'allaitement des participantes. Mais depuis que de récentes données

probantes ont révélé que le capital social pourrait influencer la décision d'initier et de maintenir la pratique de l'allaitement⁶, les programmes mettent au point des évaluations qui servent aussi à déceler des changements en matière de capital social—dans ce cas, des changements affectant le niveau et la nature de l'*appui* envers la pratique de l'allaitement maternel.

Le cadre logique ci-dessous démontre l'utilité qu'il y a à appliquer le capital social aux programmes communautaires et l'approche engagée en ce sens, de manière à orienter et enrichir le programme et pour produire un résultat intermédiaire mesurable.

Théorie du capital social et logique du programme



Enrichir le capital social qui unit

Dans le cadre de leurs cours prénataux et de leurs ateliers sur le parentage, la santé et le développement des enfants, le PACE et le PCNP créent à la fois des espaces physiques et sociaux qui permettent aux parents de participer à des activités de groupe (p. ex., préparation des aliments, jardins communautaires, cuisines collectives, cercles de couture) et qui les encouragent à échanger de l'information et à discuter de leurs expériences. Dans le cas du PCNP, 96 % des projets visés par le QP (2003–2004) intégraient une forme quelconque de programmation sociale de groupe. De plus, 99 % offraient des suppléments alimentaires, 90 % des services de transport et 71 % des services de garderie sur place, autant de mesures pour aider les femmes isolées à surmonter les obstacles et à bâtir leur propre réseau social.

Les commentaires des parents du PACE révèlent en quoi l'établissement de liens sociaux étroits peut enrichir le capital social :

« Le programme m'a aussi donné l'occasion de me faire des amis. Quand j'ai quitté (village) pour m'installer à (ville), je vivais dans une coquille. Grâce au programme, j'ai pu rencontrer des gens qui vivaient la même chose que moi. »

« Quand je suis au Centre, j'ai l'impression de faire partie de quelque chose. Sur le plan personnel, cela a aussi enrichi ma vie sociale parce que j'ai rencontré d'autres parents avec lesquels j'avais beaucoup en commun... ici, tout le monde souscrit à l'adage « qu'il faut un village pour élever un enfant ».

Enrichir le capital social qui relie

Le PACE et le PCNP recueillent des données sur l'engagement des participantes au programme en demandant aux responsables des projets de décrire dans quelle mesure les personnes s'engagent bénévolement dans les projets, les comités ou les organes directeurs. Grâce à leur engagement, les participantes sont exposées à des groupes de gens différents de ceux qu'elles fréquentaient généralement dans le passé. Les données du PNP (2004–2005) du PACE révèlent que les participantes :

- participent comme bénévoles aux activités offertes dans le cas de 75 % des projets

- font partie de comités dans le cas de 54 % des projets
- sont membres de l'organe directeur dans le cas de 55 % des projets

Plusieurs projets relevant du PCNP ont créé des rôles officiels pour des pairs dûment formés (travailleuses sur le terrain) ou des « mères ressources », comme l'explique une coordonnatrice de projet :

« Les travailleuses paires sur le terrain ont déjà vécu des situations semblables et constituent une voie d'accès chaleureuse et sympathique au programme. Leur formation... converge efficacement avec leurs expériences personnelles. Par conséquent, elles sont considérées comme de précieuses ressources par les participantes et par les équipes⁷ ».

Enrichir le capital social qui crée des liens

On incite les responsables des projets du PACE et du PCNP à conclure des partenariats avec d'autres organismes pour favoriser une meilleure gestion, coordination et prestation des activités. En outre, les partenariats peuvent aider à élargir les réseaux des participantes. Le PNP révèle qu'un projet moyen regroupe 16 partenaires, le plus souvent des organismes de santé, des établissements d'enseignement, des organismes communautaires de quartier et des ressources à l'intention des familles et des jeunes enfants. En outre, les aiguillages illustrent bien en quoi le capital social sert à créer des liens. En 2003–2004, les données du QP révélaient que 95 % des 181 projets du PCNP sondés avaient procédé à 46 000 aiguillages vers

d'autres organismes ou services, y compris des professionnels de la santé, des banques d'alimentation, des cours prénataux, des programmes d'intervention pour la petite enfance, des cours de parentage, des services sociaux, des organismes de logement et des programmes de lutte contre les toxicomanies.

Incidences et bienfaits

En créant des liens empiriques entre l'enrichissement du capital social et l'amélioration de la santé, la recherche sur le capital social appuie les efforts investis par les programmes communautaires pour mesurer et afficher les changements en matière du capital social comme des

Une participante au PACE s'exprime

« En 1999, j'assistais à une conférence à titre de parent et de représentante de programme. Dans le cadre de cet événement, je participais à un atelier portant sur un trouble d'apprentissage, celui-là même diagnostiqué par la suite chez mon fils... Puisque j'avais participé à cette conférence, j'ai pu obtenir des renseignements qui m'ont orienté vers des ressources qui se sont avérées fort utiles à mon fils. Même si la lutte est loin d'être gagnée, au moins je sais quoi faire maintenant. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude envers le programme. Les membres m'ont constamment appuyée... quelque chose que je n'oublierai jamais. Le programme m'a aidée de nombreuses façons. En plus d'œuvrer à titre de mère ressource et de bénévole, j'ai eu la chance de siéger au conseil d'administration et de participer à divers événements, y compris l'assemblée générale annuelle et les journées de planification. »

En quoi le capital social peut-il éclairer l'élaboration des politiques publiques en matière de santé?

Sandra Franke. *Projet de recherche sur les politiques, gouvernement du Canada*

A lors que les articles précédents examinaient l'application du capital social à des secteurs et des programmes spécifiques, cet article décrit sommairement divers modes d'application du capital social auxquels peuvent avoir recours les gouvernements pour mettre au point des politiques et programmes axés sur la santé.

Les gouvernements peuvent explorer diverses possibilités leur permettant d'intégrer le capital social aux activités d'élaboration des programmes et politiques publiques. Selon l'enjeu en cause, il est possible de faire appel à l'une ou l'autre des approches suivantes¹ :

Créer et soutenir des réseaux

Plusieurs programmes gouvernementaux intègrent déjà des mesures explicites visant à inciter ou à promouvoir la création de réseaux comme moyen de réaliser les objectifs des programmes. Les projets de promotion de la santé publique, par exemple, contribuent souvent à l'établissement des liens entre les participants aux programmes, entre les partenaires communautaires ou entre les usagers et les non-usagers des services. Une prise en compte explicite des effets du capital social peut inclure un suivi et une évaluation plus systématiques pour voir en quoi ces mesures particulières ont contribué (ou non) aux résultats escomptés du programme, et fournir des renseignements qui permettent de modifier les programmes et les politiques pour mettre en place certains types de réseaux, en fonction de circonstances particulières.

Miser sur les réseaux sociaux existants pour assurer la prestation des programmes

Les programmes gouvernementaux peuvent avoir à miser sur les réseaux sociaux en place pour réaliser leurs objectifs en faisant appel, par exemple, à des leaders communautaires influents pour modifier des comportements affectant la santé à l'intérieur de leurs réseaux sociaux respectifs. Dans le cadre d'un projet communautaire mis sur pied aux États-Unis, les efforts engagés pour réduire la propagation du VIH comprenaient le recrutement de leaders

d'opinion populaires au sein des réseaux sociaux de la communauté masculine gaie pour transmettre d'importants messages de santé à leurs pairs².

Établir des conditions favorables

Dans certains cas, il peut s'avérer plus rentable pour les programmes publics d'investir dans l'établissement de conditions générales favorisant la création du capital social plutôt que de tenter d'orienter directement le développement de réseaux. Ceci peut se faire en demandant l'aide de « courtiers » ou « entrepreneurs » sociaux, en investissant dans des espaces et des infrastructures publiques ce qui, en retour, favorisera l'interaction sociale. En outre, on peut aussi appuyer les efforts de leaders locaux ou de porte-parole de services publics particuliers qui cherchent à créer des liens et à mobiliser des réseaux.

Accroître la sensibilisation aux formes existantes de capital social

Cette approche consiste à assembler l'information concernant les réseaux sociaux existants et à l'intégrer aux étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques et programmes. Ceci permet de sensibiliser les concepteurs de politiques et les décideurs aux incidences possibles sur le capital social des nouvelles interventions ou des changements dans les orientations stratégiques. En outre, l'adoption d'une perspective axée sur le capital social peut simplement aider à clarifier les interactions entre les politiques et les liens sociaux. ③

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

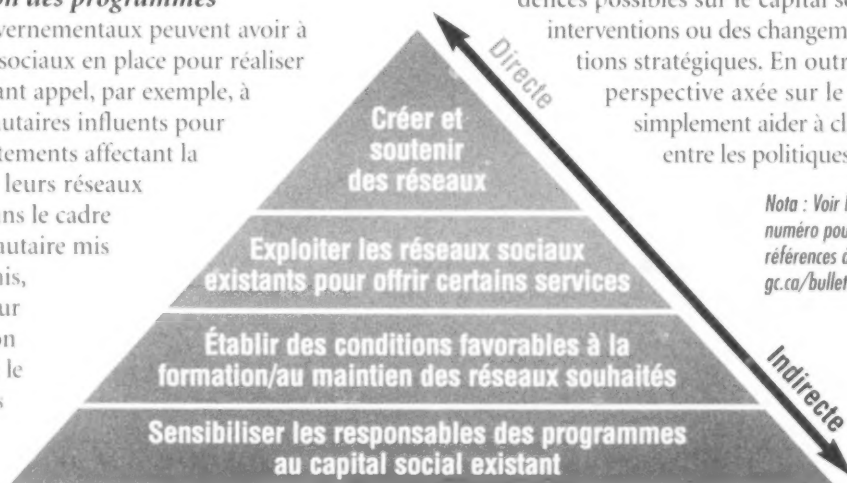
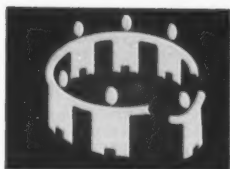


Figure 1 : Le capital social au service des politiques publiques

Source : Adapté avec l'autorisation du Projet de recherche sur les politiques, 2005¹.



Le saviez-vous?

Le saviez-vous? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui examine divers aspects de l'information, des données et des études sur la santé pouvant donner lieu à des idées fausses. Le présent numéro met l'accent sur la notion de « confiance ». Partant d'une série d'observations et d'opinions intéressantes, il tente de définir ses liens avec le capital social et la santé.

Capital social, confiance et santé—disparités

Richard Duranceau *Division des politiques, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

L'auteur tient à souligner l'aimable collaboration de Mark Wheeler, de Linda Senzilet, de Derek McCall et de Talia DeLaurentis de la Division des politiques, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada.

La confiance se définit comme « une croyance... en les habiletés ou en la sécurité d'une personne, d'un organisme ou d'une chose »¹. Les théoriciens du capital social décrivent la confiance comme une relation entraînant tour à tour une obligation et une attente, la confiance était perçue comme une sorte de « crédit » qui procure un sentiment de sécurité face aux relations¹.

Lorsqu'on étudie le capital social, il importe d'examiner la confiance en contexte, selon deux sous-niveaux :

- les relations interpersonnelles
- les relations avec les institutions¹

Malgré la détermination que la confiance constitue un indicateur de capital social, elle demeure difficile à mesurer parce que la nature précise de la relation est contestée. Certaines données intéressantes portent à croire, néanmoins, que la confiance constitue un facteur du capital social, de la bonne santé et de la prospérité individuelle et sociétale.

Confiance et capital social : Résultat ou condition préalable?

Certains chercheurs considèrent la confiance comme une résultante du capital social, alors que d'autres la voient plutôt comme une condition préalable. Ces points de vue divergents dépendent des distinctions faites entre la

confiance interpersonnelle et la confiance à l'égard des institutions. Robert Putnam² définit le capital social comme « les caractéristiques de l'organisation sociale, comme les réseaux, les normes et la confiance sociale, qui facilitent la coordination et la coopération aux fins d'avantages mutuels ». La vision de la confiance qu'entretient Putnam est centrée sur la société puisqu'il cherche à comprendre en quoi les interactions sociales engendrent la confiance interpersonnelle. Par contre, Woolcock³ argue que « la confiance... a une importance en soi mais... se comprend mieux lorsqu'on la considère comme le fruit d'interactions répétées, d'institutions juridiques crédibles, ou de réputations ». Woolcock est d'avis que la confiance passe par les institutions, c'est-à-dire que des institutions politiques crédibles inspirent confiance. Même si les deux auteurs considèrent que les concepts de capital social et de confiance sont étroitement liés, Putnam affirme que la confiance (interpersonnelle ou institutionnelle) peut être vue comme un indicateur de capital social. Par conséquent, les variations dans les niveaux de confiance interpersonnelle ou de confiance envers les institutions pourraient bien refléter les différences dans les niveaux de capital social.

Existe-t-il un lien entre la confiance interpersonnelle et la santé?

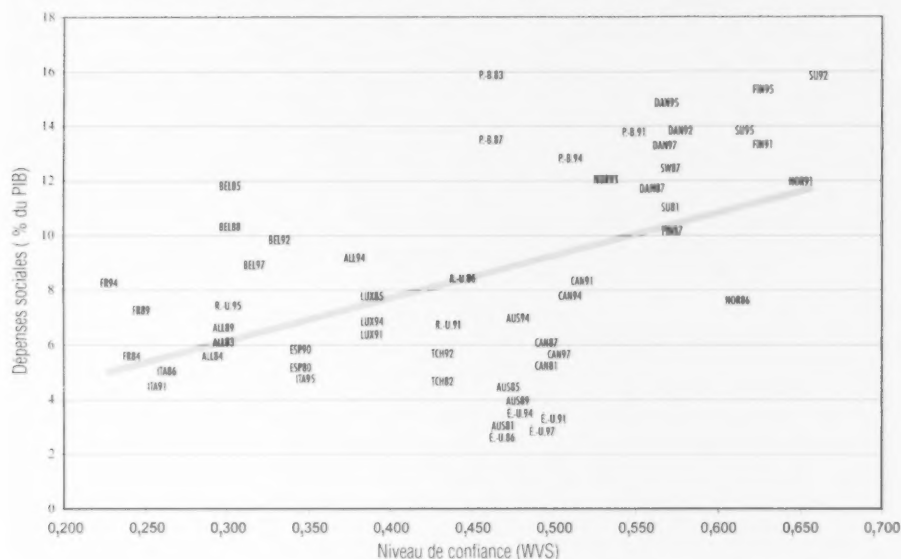
Partant d'études qui examinent le capital social en fonction des normes de réciprocité, de la participation sociale et civique et de la confiance, les études épidémiologiques sociales se sont intéressées aux liens entre la confiance, le

taux de mortalité et l'état de santé autoévalué. Les recherches de Kawachi et coll.⁴ ont fait ressortir un lien entre les niveaux de confiance interpersonnelle et la mortalité selon l'âge et selon la région aux États-Unis. On a constaté que les taux de mortalité étaient plus élevés dans les États où un nombre accru de

répondants affirmaient que « la plupart des gens tendent à prendre avantage de vous s'ils en ont la chance ». C'est dans les États du sud des États-Unis comme la Louisiane, le Mississippi, l'Alabama, la Géorgie et l'Oklahoma qu'on observait le plus haut pourcentage de répondants avec le plus faible niveau de confiance interpersonnelle. Kawachi et Kennedy⁵ croient que ces États souscrivent à des valeurs



Figure 1 : Dépenses sociales comme pourcentage du PIB, selon le niveau de confiance



Source : Adapté avec l'autorisation de Schwabish et coll., 2004⁶.

favorisant un rôle minimal du gouvernement dans la réduction des inégalités de santé. Les auteurs affirment que « En raison de la culture sociopolitique qui prévaut dans ces États, les personnes à faible revenu ont moins accès aux ressources sociales disponibles, ce qui peut nuire à la qualité de leur santé ».

Existe-t-il un lien entre la confiance et les disparités socioéconomiques?

Fait intéressant, on observe de plus grandes disparités socioéconomiques et des dépenses sociales plus faibles chez les sociétés affichant des niveaux de confiance plus faibles. Des études comparatives transnationales sur l'effet des disparités et de la confiance sur les dépenses sociales menées par Schwabish et coll.⁶ ont fait ressortir des liens solides et positifs entre diverses mesures de la confiance et les dépenses sociales. Comme l'indique la Figure 1, par exemple, les pays scandinaves (Danemark [DAN], la Suède [SU], la Finlande [FIN] et la Norvège [NOR]), dont les dépenses sociales sont élevées, profitent également d'un niveau de confiance plus élevé que le Canada (CAN), l'Australie (AUS), le Royaume-Uni (R.-U.) et les États-Unis (É.-U.). On note avec intérêt la place de la République tchèque (TCH) en plein centre du graphique, puisque ce pays, qui faisait autrefois partie de l'ancien bloc communiste, rivalise maintenant avec certains pays d'Europe de l'Ouest étudiés. Les niveaux de confiance de pays comme l'Espagne (ESP), la France (FR), l'Italie (ITA), l'Allemagne (ALL), la Belgique (BEL), les Pays-Bas (P.-B.) et le Luxembourg (LUX) sont plus faibles

mais leurs dépenses sociales sont plus élevées. Il importe de mener d'autres études pour mieux saisir la dynamique en jeu dans ces pays.

Cela dit, on ne peut toutefois pas ignorer la question de causalité renversée. Il se pourrait bien que les dépenses sociales affectent les niveaux de confiance et de capital social au sein de ces sociétés. Il importe d'effectuer d'autres recherches pour arriver à mieux comprendre les liens de causalité entre la confiance et les dépenses sociales. Quoique la Figure 1 fasse état de conclusions percutantes en ce sens, ces dernières demeurent ténues.

Confiance, disparités et santé : Quelle est la dynamique en cause?

Même si les études sur le « gradient » ont démontré un lien entre les taux de disparités socioéconomiques et la santé au sein d'une société, la dynamique même de cette relation a alimenté la discussion et suscité des débats⁷. Quoi qu'il en soit, les études sur la « confiance » ont donné lieu à des observations fort intéressantes.

Les chercheurs ont remarqué que les citoyens de sociétés qui jugent naturelles les disparités et l'hierarchie sociales tendent à souffrir de problèmes de santé plus ou moins sérieux selon leur rang social. Richard Wilkinson⁸ a émis la théorie que la compétitivité, le conflit et un niveau de stress élevé peuvent aggraver l'état de santé et conclut que les sociétés où les disparités de revenu sont grandes et les niveaux de confiance faibles contribuent grandement aux inégalités de santé. *Mais pourquoi?*

Interprétation du graphique

On a eu recours à l'indice de confiance du World Values Survey (WVS), un sondage mondial axé sur les changements socioculturels et politiques, pour analyser le graphique. Ce dernier examine les dépenses sociales en tant que pourcentage du PIB. Les résultats obtenus par les pays de la Figure 1 sont analysés ci-dessous. Puisqu'il existe plusieurs éditions du WVS, on indique, dans la mesure du possible, l'année du sondage.



Qui fait quoi?

Qui fait quoi? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui présente les chercheurs clés qui s'intéressent aux politiques sous l'angle d'une thématique particulière. Cet article présente certains groupes et organismes qui produisent et utilisent des données aux termes des recherches sur le capital social.

Julie Creasey *Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada*

L'auteur tient à souligner l'aimable collaboration de **Sandra Franke** *Projet de recherche sur les politiques, Gouvernement du Canada* et de **Solange van Kemenade** *Division de la recherche sur les politiques, Direction générale des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada*.

Gouvernement du Canada

Projet de recherche sur les politiques (PRP)

Le PRP contribue aux activités de planification stratégique à moyen terme du gouvernement du Canada en menant des projets de recherche horizontaux et en puisant à l'expertise et au savoir du gouvernement fédéral et des universités et organismes de recherche. En 2003, le PRP lançait un projet interministériel ayant pour objet d'examiner la pertinence et l'utilité du capital social en tant qu'outil de politiques publiques. Ce projet étalé sur deux ans a donné lieu à la publication de trois documents importants :

- *Le capital social comme instrument de politique publique : Rapport de projet*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/SC_Synthesis_F.pdf>
- *Le capital social à l'œuvre : Études thématiques sur les politiques*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/SC_Thematic_F.pdf>
- *La mesure du capital social : Document de référence pour la recherche, l'élaboration et l'évaluation de politiques publiques*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/Masurement_F.pdf>

En outre, plusieurs autres publications produites dans le cadre du PRP abordent des thèmes ou présentent des articles ayant trait au capital social.

Consultez le site Internet du PRP (http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=rp_sc_index&langcd=F) pour accéder à ces articles et pour obtenir d'autres renseignements sur les événements et les activités de recherche du PRP axés sur le capital social, y compris l'information relative à une conférence internationale—Les possibilités et défis de la diversité : Un rôle pour le capital social?

Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Division de la recherche sur les politiques (DRP), Direction générale des politiques stratégiques (DGPS), ASPC

La DRP (qui faisait autrefois partie de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada) effectue des recherches dans le domaine du capital social depuis 2001. Ces dernières ont permis de :

- déceler et documenter le matériel de référence, ainsi que les travaux effectués par les chercheurs canadiens et dans le cadre de projets gouvernementaux
- mettre au point un module de questions d'enquête que peut utiliser Statistique Canada dans le cadre de ses enquêtes sur la santé et sur d'autres sujets
- définir des indicateurs du capital social pour évaluer les projets d'intervention communautaire financés par Santé Canada et par l'ASPC (p. ex., le Projet sur l'efficacité des interventions communautaires)

Les publications suivantes font état de diverses recherches effectuées par la DRP :

- *Le capital social comme déterminant de la santé : Comment le définir?*
<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2003-0207-social-defin/index_f.html>
- *Le capital social comme déterminant de la santé : Comment le mesurer?*
<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2003-0208-social-meas-mes/index_f.html>
- *Le capital social peut-il être l'objet des politiques publiques?*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v6n3_art_07&langcd=F>

En 2004, la DRP collaborait avec l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa pour analyser les données de l'Enquête sociale générale (ESG), cycle 17 (2003), dans l'optique d'établir des liens entre le capital social et la santé. Outre les résultats présentés dans le présent numéro du Bulletin, les publications suivantes du DRP ont présenté les fruits de ces travaux :

- *Quelle est l'incidence du capital social sur la santé des Canadiens?*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=pub_wp_abs#WP0010f>
- *Une analyse réticulaire du capital social et de la santé : Résultats et limites*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v8n2_art_18&langcd=F>

Bureau du secteur bénévole, ASPC

Puisque le secteur bénévole et sans but lucratif du Canada regroupe 161 000 organismes, il joue un rôle de premier plan dans la croissance et le développement des réseaux sociaux. Compte tenu de sa forte pénétration au sein des collectivités canadiennes, le secteur a recours à des réseaux virtuels et physiques aux échelons local, régional et national pour produire et disséminer des connaissances, de l'expertise et des programmes. Il cherche aussi à engager les Canadiens dans des dossiers stratégiques et à mobiliser les bénévoles et les professionnels afin qu'ils offrent des services. Pour en savoir plus à ce sujet, aller à :

- Forum du secteur bénévole et communautaire <<http://www.voluntary-sector.ca/fr/index.cfm>>
- Conseil des ressources humaines pour le secteur bénévole et communautaire <http://www.hrcouncil.ca/council/index_f.cfm>
- Coalition canadienne des organismes bénévoles en santé <<http://www.healthcharities.ca>>

Deux projets exemplifient bien des secteurs clés des politiques publiques sur le capital social en action, soit l'aide aux populations à risque d'exclusion et la promotion du développement communautaire :

- La Fédération canadienne pour la santé sexuelle (Planification des naissances du Canada) incite tous les jeunes à s'intéresser activement aux politiques de santé et les encourage à faire plus de bénévolat (aller à : <<http://www.ppf.ca>>).
- La Best Medicines Coalition encourage les Canadiens atteints de maladies chroniques à participer aux prises de décisions centrées sur les politiques et la réglementation en matière de santé (aller à : <<http://www.bestmedicines.ca>>).

Statistique Canada

- Engagement social et participation à la vie communautaire : Les populations des régions rurales et petites villes ont-elles véritablement l'avantage? (*Bulletin d'analyse — Régions rurales et petites villes du Canada*, 6(4), disponible au site suivant : <<http://www.statcan.ca/francais/freepub/21-006-XIF/21-006-XIF2005004.pdf>>).

On a eu recours aux données de l'ESG, cycle 17 (2003) pour déterminer si les habitants des régions rurales et des petites villes avaient plus tendance que leurs homologues des grandes régions urbaines à s'engager au sein d'organismes; à établir et entretenir des liens sociaux avec des amis, des parents et des voisins; à faire du bénévolat; à participer à divers types d'activités sociales et politiques; et à faire confiance aux autres.

Autres gouvernements nationaux

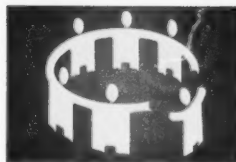
- Le Bureau of Statistics de l'Australie publie des statistiques sur le capital social et met à l'essai de nouvelles enquêtes. Des travaux sont en cours en vue d'inclure des composantes sur le capital social et le travail bénévole dans l'Enquête sociale générale de l'Australie de 2006, (aller à : <<http://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/Home/themes>>).
- L'Office for National Statistics (ONS) du Royaume-Uni a lancé un projet sur le capital social qui comprend l'examen de la documentation, des recherches sur les mesures et un outil de référence de la Banque de questions sur le capital social fondé sur une matrice d'enquête de l'ONS (aller à : <<http://www.statistics.gov.uk/socialcapital/default.asp>>).

Organismes internationaux

- L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) s'affaire à définir le capital social et a amorcé des recherches axées sur des indicateurs comparables au niveau national (aller à : <http://www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_34543_1850913_1_1_1,00.html>).
- L'Inter-American Development Bank Initiative on Social Capital, Ethics and Development publie un bulletin électronique hebdomadaire (aller à : <http://www.iadb.org/etica/documentos/Blt_23Enero2006-I.htm>).
- La Banque mondiale a pris les devants en examinant le capital social dans une perspective de développement social international. Des efforts ont été déployés pour encourager la recherche sur le capital social et la clarification du concept, ainsi que pour favoriser l'établissement de programmes et de politiques capables de réduire la pauvreté, d'accroître la stabilité sociale et de promouvoir le développement économique (aller à : <<http://www.worldbank.org/poverty>>).

Ressources à l'Internet

- Le Social Capital Gateway est un site Web personnel sans but lucratif qui donne accès à des listes détaillées et catégorisées de lectures sur le capital social. Il fournit également des renseignements sur les actualités et les événements de pointe et propose des liens vers d'autres sources électroniques d'information sur la recherche (aller à : <<http://www.socialcapitalgateway.org/index.htm>>).
- La Chronique des réseaux offre l'accès à des sites Web, articles et résumés de livres informatifs sur le réseaux (aller à : <http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/networks_digest_f.php>).



L'utilisation des DONNÉES

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met en lumière diverses méthodes utilisées pour analyser les données sur la santé. Ce numéro examine les difficultés qui se posent lorsqu'on a recours aux données résultant d'enquêtes complexes.

Elena Tipenko *Directrice de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

Allan Gordon *Directeur de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada*

Chris Oster *Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada*

Julie Creasey *Direction générale de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada*

Les défis propres aux enquêtes complexes

Les enquêtes complexes, comme l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC), l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) et l'*Enquête sociale générale* (ESG) fournissent de précieuses données aux chercheurs actifs dans le domaine des politiques de santé. Mais puisque les modes de collecte de données propres à ces types d'enquête se fondent sur des plans d'enquête complexes, il faut user de prudence au moment d'analyser les données. Nombre de chercheurs et autres qui traitent l'information générée par des enquêtes complexes tendent à ignorer les étapes cruciales à suivre.

Plans d'enquêtes complexes Méthodes d'échantillonnage

Dans un monde idéal, on irait chercher les données d'enquête auprès de chaque unité (p. ex., les répondants) au sein d'une population donnée. Ainsi, l'analyse refléterait les valeurs réelles de la population. Mais puisque le sondage d'une population entière n'est pas pratique, coûte cher et prend beaucoup de temps, on recueille des données auprès d'un échantillon de la population, puis on formule des **estimations** des paramètres réels de la population (p. ex., la moyenne, l'écart type). La difficulté consiste à déterminer la fiabilité de ces estimations, une

tâche difficile, compte tenu des types et choix de méthodes d'échantillonnage utilisés pour produire les plans d'enquêtes complexes.

Les plans d'enquêtes complexes comprennent surtout des échantillons stratifiés et par grappes (voir l'encadré) à une ou plusieurs étapes, et l'échantillonnage des grappes peut miser sur des probabilités de sélection inégales. Par conséquent, la plupart des programmes informatiques statistiques ne permettent pas de traiter avec exactitude les données d'enquêtes complexes parce que les programmes ont été conçus uniquement pour collecter des données d'échantillonnages aléatoires simples. Cette situation peut entraîner divers problèmes.

À défaut de tenir compte des plans d'enquêtes complexes, on risque de sous-estimer l'erreur type (mesure de variabilité d'une estimation), ce qui peut donner lieu à des conclusions invalides, y compris celles sur la fiabilité des estimations. À titre d'exemple, une analyse qui ne suit

pas les étapes de collecte de données des enquêtes complexes peut révéler l'existence de relations statistiquement significatives qui n'existent pas dans les faits.

Importance de l'exactitude et de la précision

Pour bien évaluer la fiabilité des estimations, il faut nécessairement faire preuve d'exactitude et de précision. La précision d'une estimation a beaucoup à voir avec les erreurs systématiques (p. ex., l'absence de réponse ou un questionnaire trompeur) et aide à voir en quoi une estimation reflète bien le paramètre réel de population. Statistique Canada investit beaucoup de temps et d'efforts afin de réduire le nombre d'erreurs systématiques.

La notion de précision fait référence au taux de variabilité des estimations liées à divers échantillons, puisque des échantillons différents d'une même population donnent lieu à des estimations différentes. Comme l'illustre la Figure 1, deux échantillons différents de la population ont été prélevés de la population pour estimer une moyenne de population

Trois méthodes d'échantillonnage courantes

Échantillonnage aléatoire simple

- forme la plus fondamentale
- sélection aléatoire d'un certain nombre d'unités d'échantillonnage, comme les répondants, partant de la population totale

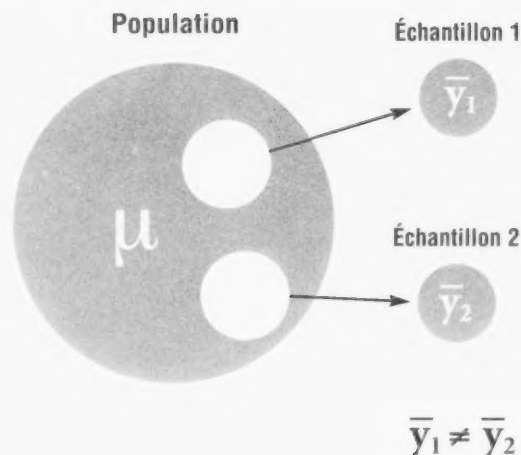
Échantillonnage stratifié

- sert lorsque les unités de population affichent de grandes différences (p. ex., le revenu des hommes et le revenu des femmes)
- regroupement des unités intéressantes en sous-groupes appelés « strates », puis sélection aléatoire d'un échantillon partant de chaque strate

Échantillonnage par grappes

- sélection aléatoire de grosses unités ou grappes d'échantillons (p. ex., les écoles secondaires); au sein des grappes, enquête sur les unités d'observation (p. ex., les élèves)

Figure 1 : Des échantillons différents produisent des estimations différentes



réelle inconnue (μ). Cependant, il est fort probable que les estimations résultant de ces échantillons (\bar{y}_1 et \bar{y}_2) seront différentes. L'**erreur type** constitue la mesure de variabilité entre les estimations dérivées des divers échantillons. Par conséquent, il s'agit d'un indicateur qui témoigne de la précision des estimations. Lorsque l'erreur type est petite, les valeurs des estimations applicables à divers échantillons seront plus semblables et plus précises. La valeur de l'erreur type dépend de ce qui suit :

- la variance de population (ou répartition de la population)
- le nombre d'observations (N) au sein de la population
- le nombre d'observations (n) au niveau de l'échantillon
- la méthode d'échantillonnage qu'on utilise pour choisir l'échantillon aléatoire

Évaluation de la fiabilité

L'erreur type donne une idée de la précision des estimations. Mais pour évaluer la fiabilité et la qualité d'une estimation, il faut avoir recours au **coefficient de variation (CV)** d'une estimation, qui mesure la variabilité relative d'une estimation. Le CV d'une estimation est l'erreur type de l'estimation divisée par l'estimation comme telle. Pour estimer la moyenne, le coefficient de variation est le suivant :

$$\text{coefficient de variation (CV)} = \frac{\text{erreur type de la moyenne}}{\text{moyenne}} \times 100 \%$$

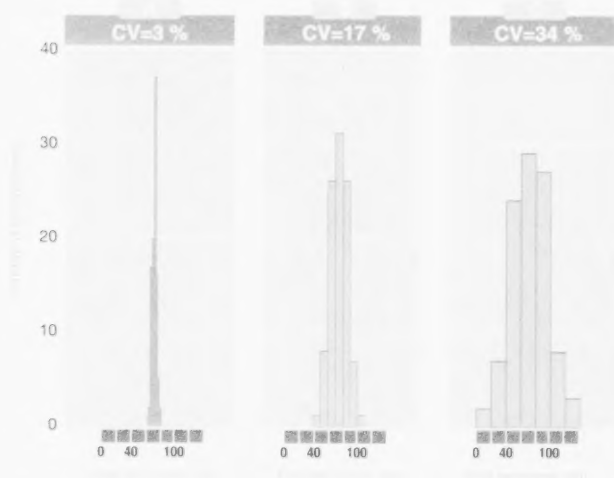
Regard plus poussé sur la distribution de l'échantillon

Imaginons que *tous* les échantillons possibles d'une taille précise (n) ont été extraits d'une population. Supposons ensuite qu'on ait produit une **statistique** (p. ex., une moyenne, une proportion, un écart type) pour chacun de ces échantillons. La distribution de probabilité de cette statistique constitue la **distribution de l'échantillon**.

Exemplification de la valeur du CV

La Figure 2 présente trois **distributions de l'échantillon** de la moyenne de poids personnel hypothétique, ainsi que les CV des estimations correspondants. Les CV font état de la variabilité relative de chaque estimation. Un plus petit CV, comme celui illustré à la Figure 2A, indique que la façon d'établir l'échantillon (p. ex., méthode d'échantillonnage, taille de l'échantillon) donnera lieu à une estimation précise et fiable, puisque les estimations applicables à tous les échantillons définis de la même façon ont des valeurs similaires. Si le CV d'une estimation est trop gros, comme c'est le cas à la Figure 2C, les estimations ne seront pas fiables et on les jugera inacceptables, des échantillons différents pouvant donner lieu à des estimations très différentes. Ainsi, plus la variabilité relative de l'estimation entre les échantillons est grande, moins l'estimation est fiable.

Figure 2 : Moyenne de poids personnel—Trois distributions de l'échantillon



Aperçu des étapes

Compte tenu des difficultés inhérentes aux enquêtes complexes et de l'importance de produire des résultats précis, voici quelques étapes clés à connaître et respecter.

Première étape : S'assurer que le nombre d'unités échantillonnées dans le calcul de l'estimation est supérieur à 30. Si le nombre de répondants échantillonnés est inférieur à 30, il ne faudrait pas publier l'estimation

Tableau 1 : Lignes directrices sur la variabilité de l'échantillonnage de Statistique Canada

Type d'estimation	CV (%)	Lignes directrices
Acceptable	0,0–16,5	Les estimations peuvent être publiées.
Marginal	16,6–33,3	Les estimations peuvent être publiées mais doivent être accompagnées d'un avertissement touchant la grande variabilité de l'échantillonnage en rapport avec les estimations.
Inacceptable	>33,3	Il serait préférable de ne pas publier les estimations, puisque les conclusions fondées sur ces données ne sont pas fiables et sont fort probablement invalides.

Source : Statistique Canada, adapté de ESCC, cycle 1.1, 2000–2001, documentation du Fichier de microdonnées à grand usage.

parce qu'un CV de l'estimation fondé sur un si petit échantillon est trop imprévisible.

Deuxième étape : **Trouver le coefficient de variation approximatif pour les estimations par catégories-types (l'échelle de mesure comprend un ensemble de catégories, c.-à-d., des réponses par oui/non) et de proportions à l'aide des tables de CV.** Dans le cas des enquêtes de Statistique Canada, on établit les valeurs de CV pour les estimations par catégories à l'aide des tables de variabilité approximative de l'échantillon, communément appelées « tables de CV ». Les CV se fondent sur la taille de l'estimation et constituent des approximations dérivées de la formule de variance pour les échantillonnages aléatoires simples, intégrant un facteur qui reflète la démarche par grappes et en plusieurs étapes propres aux enquêtes complexes.

Troisième étape : **Avoir recours aux lignes directrices pour évaluer le coefficient de variation pour une étendue acceptable.** Dans le cas d'un CV approximatif, évaluer l'acceptabilité de l'estimation à l'aide des lignes directrices de Statistique Canada (voir le Tableau 1).

Quatrième étape : **Calculer, au besoin, le coefficient de variation exact.** Il n'est pas facile de calculer le CV exact de données d'enquêtes complexes mais il pourrait s'avérer nécessaire de le faire si :

- les tables de CV ne sont pas disponibles ou ne fournissent pas l'information requise

- il faut produire des estimations à partir de statistiques plus complexes comme des coefficients de corrélation ou des estimations de coefficients de régressions linéaires
- il faut produire une estimation de variables quantitatives (variables mesurées selon une échelle numérique comme le poids)
- la valeur du CV calculé à l'aide de la table de CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %

Puisqu'il n'existe malheureusement aucune formule mathématique simple pour calculer l'erreur type dans le cas d'enquêtes complexes, il peut s'avérer difficile de trouver le CV exact d'une estimation.

Puisqu'il n'existe malheureusement aucune formule mathématique simple pour calculer l'erreur type dans le cas d'enquêtes complexes, il peut s'avérer difficile de trouver le CV exact d'une estimation. On recommande la méthode « **bootstrap** » pour calculer les CV lorsqu'on travaille avec des fichiers partagés entre la plupart des enquêtes sur la santé, ainsi que la méthode de **poids moyen ajusté** lorsqu'on travaille avec des fichiers de microdonnées à grand usage. Pour obtenir des renseignements sur ces deux méthodes, consulter le Service d'aide sur les données à : <data_données@hc-sc.gc.ca>.

Pour bien relever le défi

Pour produire de bonnes estimations à partir de données d'enquêtes complexes, il faut être conscient des défis inhérents à ces types d'enquêtes et des étapes additionnelles requises pour évaluer tout résultat. Il importe de respecter les étapes décrites dans le présent article, surtout avant de divulguer ou de publier des estimations. Lorsque ces précautions sont prises à l'étape d'analyse, les chercheurs et les utilisateurs de l'information

peuvent avoir plus confiance en la qualité et en la fiabilité des résultats émanant d'enquêtes complexes. 📊



Nouvelles notables

Nouvelles notables est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met l'accent sur la recherche vouée aux politiques de santé. Ce numéro s'intéresse tout particulièrement aux études financées dans le cadre du Programme de recherche sur les politiques en matière de santé de Santé Canada.

Appui à la recherche sur les politiques de santé

Le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) de Santé Canada appuie une gamme d'initiatives, y compris des projets de recherche primaire, secondaire et de synthèse, ainsi que des ateliers, des séminaires et des conférences dédiés à la recherche sur les politiques. Depuis le lancement du programme en 2001, 25 initiatives ont profité d'un appui financier. Six projets de recherche récemment terminés sont décrits ci-dessous. Pour obtenir d'autres renseignements au sujet du PRPS ou pour obtenir des versions sommaires de ces rapports, communiquer avec <RMDDinfo@hc-sc.gc.ca>.

La gouvernance au service de la sécurité des patients... ce que l'industrie nous apprend (Dr Sam Sheps, Université de la Colombie-Britannique)

Des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique ont évalué la gouvernance et la sécurité au sein de plusieurs industries à haute fiabilité pour déterminer quelles structures et quels procédés pouvaient s'appliquer au secteur des soins de santé. L'étude comprenait une évaluation critique de la documentation, des discussions avec les experts de diverses industries (aviation, énergie nucléaire, voies ferrées et soins de santé). Les chercheurs assistaient également à des réunions et conférences organisées par l'industrie. Entre autres recommandations clés, ils proposent la création d'une Agence canadienne de sécurité des patients, soit un organisme indépendant qui relèverait directement du Parlement.

Le gradient socioéconomique et la santé : Données probantes de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve, 1985–2001 (Ronald Colman, Société Atlantique Indice de progrès réel)

Cette étude mettait l'accent sur le « démantèlement » du gradient dans

la région atlantique du Canada pour établir quels déterminants de la santé contribuent le plus aux inégalités de santé mesurées, et vers où diriger les efforts pour réduire le gradient. Les résultats ont révélé qu'à lui seul, le revenu constitue le plus important facteur contribuant aux disparités socioéconomiques liées à la santé à Terre-Neuve et au sein de deux collectivités néo-écossaises étudiées.

Démantèlement du gradient de la santé : Un programme de recherche intra-métropolitain canadien (Nancy A. Ross, Université McGill)

Ce programme de recherche regroupait trois projets interreliés menés sur une période de deux ans. Les chercheurs ont constaté que les gradients varient selon le sexe, le résultat et le contexte urbain; que les quartiers ont plus d'influence sur le comportement des individus que sur les résultats de santé comme tels; et que le type de revenu gagné (c.-à-d., paiements de transfert ou revenu gagné) a un effet sur la santé des individus.

Déterminants de l'adaptation sociale et scolaire : Étude de jumeaux (Michel Boivin, Université Laval)

Les chercheurs participant à l'Étude de jumeaux nouveaux du Québec ont eu recours à des données longitudinales pour analyser les facteurs en cause dans le développement des problèmes sociaux et scolaires lorsque les enfants commencent à fréquenter l'école. Les résultats révèlent que les troubles du comportement et les difficultés scolaires prennent souche dans les années préscolaires et que le rendement scolaire de certains enfants, surtout ceux issus de familles défavorisées, est plus faible que celui d'autres élèves. Ceci tient surtout au fait que les enfants de milieux défavorisés sont moins prêts à commencer l'école mais aussi au fait qu'ils affichent des problèmes externalisés.

Perception publique et niveau acceptable de risque pour la santé (Daniel Krewski, Université d'Ottawa)

Faisant appel à plusieurs méthodes, y compris les données d'une enquête nationale sur la perception du risque, les enquêteurs ont constaté que les Canadiens jugent le risque acceptable, du moment qu'il est pris volontairement. Ils indiquent aussi que, depuis une dizaine d'années,

Le point sur la Conférence de recherche sur la réglementation en matière de santé

Les 22 et 23 mars 2006, à Ottawa, Santé Canada organisait une Conférence de recherche sur la réglementation en matière de santé. Cette conférence avait pour objet

- 1 de favoriser une collaboration efficace entre les responsables des politiques et la communauté universitaire;
- 2 de faciliter la constitution d'équipes de recherche multidisciplinaires vouées aux questions de réglementation en matière de santé;
- 3 d'encourager les travaux visant la mise au point d'un programme de recherche axé sur les politiques de réglementation en matière de santé.

Cette conférence a été financée apparemment par l'Université des participants, parmi lesquels figuraient 47 universités et 43 institutions fédérales responsables des politiques à l'échelle nationale. Santé Canada a aussi financé des dépenses permettant de donner suite aux travaux réalisés. Le PRPS prendra à sa charge les dépenses relatives à la publication de ces notes de santé à l'automne 2006.

le niveau de confiance des Canadiens face aux compétences décisionnelles et réglementaires du gouvernement et des spécialistes en matière de risque lié à la santé s'est grandement accrue.

Famille, collectivité et santé dans un contexte de changement économique (Roderic Beaujot, Université Western Ontario)

Les chercheurs ont mené une série d'études, partant de données tirées surtout des enquêtes de Statistique Canada, pour mieux comprendre l'influence des familles et des collectivités sur la santé collective et individuelle. Ces études ont fourni de l'information sur la structure familiale et la santé mentale des adultes et des enfants; sur le revenu et la santé; sur les caractéristiques communautaires, la cohésion sociale et la santé; sur le choix du moment et la trajectoire pour devenir parent; ainsi que sur les valeurs des enfants. ■

suite de la page 31

résultats intermédiaires pouvant améliorer l'état de santé à long terme. À titre d'exemple, en plus des efforts à long terme requis pour évaluer le fonctionnement enfant-santé, les compétences parentales et les attributs des parents et familles⁸, les programmes communautaires profiteraient d'une approche plus délibérative face à l'évaluation du capital social. En révisant leurs mesures d'évaluation en fonction des indicateurs du capital social, ces programmes pourraient renforcer et accroître l'utilité et la fiabilité de leurs instruments d'évaluation et de leurs résultats.

Les questions et variables sur le capital social tirées de l'*Enquête sociale générale* (ESG), cycle 17, ainsi que des outils tels que l'évaluation d'impact du capital social⁹, constituent un bon point de départ. Les questions propres à ces sources pourraient être adaptées pour aider à évaluer des programmes communautaires comme le PACE et le PCNP. En outre, la construction de la théorie de programme pourrait profiter des connaissances acquises quant aux liens entre le capital social et la santé et appliquer ce savoir aux CGRR, aux modèles logiques et à d'autres outils d'évaluation. Somme toute, l'intérêt croissant envers l'approche axée sur les réseaux dans un contexte de capital social et l'ensemble des études à ce sujet pourraient s'avérer utiles aux responsables des programmes communautaires pour renforcer et mesurer l'aptitude des programmes à créer des réseaux à l'échelle des participants et des projets. ■

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

La santé-rps suite de la page 34

Une question de confiance institutionnelle

Les études font ressortir maints facteurs sociaux (le stress, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social et l'alimentation) susceptibles d'aggraver l'état de santé des gens à faible statut socioéconomique. Par conséquent, les dépenses sociales visant à réduire les disparités au sein du marché du travail et le taux de chômage, à améliorer le logement et à accroître le soutien social dans les quartiers contribuent aussi à rehausser la santé et le bien-être d'une population donnée.

Comme l'indique la Figure 1 de la page 34, les sociétés plus cohésives et confiantes semblent favoriser les dépenses sociales. Au sein de sociétés moins confiantes, les gens croient moins en la propension des institutions à investir dans des programmes sociaux pouvant réduire les disparités. D'autre part, les sociétés qui considèrent injustes et intolérables les disparités sociales tendent davantage à adopter des politiques pour réduire les écarts de revenus et leurs incidences néfastes sur le bien-être (y compris la santé) des individus et des familles.

Une question de confiance mutuelle

Les travaux de Wilkinson et Kawachi^{4,5,7,8}, entre autres, portent à croire que des valeurs sociales fondées sur les disparités sociales peuvent engendrer la compétitivité, le conflit et le stress, d'où des taux de confiance interpersonnelle plus faibles (et des taux de capital social réduits). Les sociétés où la méfiance interpersonnelle règne ont du mal à offrir à leurs citoyens le soutien et les liens sociaux requis pour favoriser la santé. Par contre, lorsque les sociétés valorisent des relations socioéconomiques plus égalitaires, les taux de confiance interpersonnelle et de capital social sont plus élevés, ce qui tend à améliorer la santé. Il semblerait donc qu'il soit plus facile d'instaurer les types de soutien et les réseaux sociaux nécessaires à la bonne santé et au bien-être collectif lorsque les personnes se font mutuellement confiance.

En bref

Certains chercheurs croient que la confiance constitue un indicateur utile en vue d'établir la présence ou l'absence de capital social. Les études ont produit d'intéressants résultats quant aux incidences de la confiance mutuelle et institutionnelle sur l'ampleur des inégalités de santé au sein d'une société. Il faut maintenant poursuivre les études en ce sens pour établir des liens de causalité plus forts entre le capital social (la confiance) et les inégalités de santé. ■

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Faites une croix sur votre calendrier



Quoi	Quand	Thème
Journées annuelles de santé publique 2006 : 10 ans de connaissances sans frontières	23 au 27 octobre 2006 Montréal (Québec) http://www.inspq.qc.ca/jasp/default.asp?A=7&Lg=fr	Partage des connaissances sur les pratiques en santé publique au Québec, au Canada et à l'étranger
XXIII ^e Symposium international sur les questions de méthodologie parrainé par Statistique Canada	1 ^{er} au 3 novembre 2006 Gatineau (Québec) http://www.statcan.ca/francais/conference/symposium2006/index_f.htm	Enjeux méthodologiques reliés à la mesure de la santé des populations
Prévention intégrée des maladies chroniques : Ensemble en force	5 au 8 novembre 2006 Ottawa (Ontario) http://www.goldenplanners.ca/cdpac/CDP-ACFre2006/	Accent sur les principaux piliers nécessaires pour soutenir un système coordonné qui permettra de promouvoir la santé et de réduire le fardeau de la maladie au Canada
4 ^e Conférence biennale sur la santé rurale	9 au 11 novembre 2006 Kananaskis (Alberta) http://www.health-in-action.org/fr/vie/pdf/Conferences/Nov's 2006/Rural_Health_2006.pdf	Établissement de liens entre les praticiens de la première ligne et les chercheurs qui s'intéressent à la santé rurale : de la pratique à la recherche
6 ^e Rendez-vous international Healthy Workplaces in Action 2006	31 novembre au 1 ^{er} décembre 2006 Markham (Ontario) http://www.hroo.org/Pages.asp?PageID=120&ContentID=707&SiteNodeID=244&BLExpandID=	Formule gagnante pour établir des milieux de travail sains dans le contexte des soins de santé
38 ^e Conférence du consortium Asie-Pacifique pour la santé publique	3 au 6 décembre 2006 Bangkok, Thaïlande http://www.asph2006.org/index1.html	Accent sur la création de partenariats équitables entre les collectivités et les institutions au service de la sécurité et de la santé humaines
L'information d'aujourd'hui au service des pratiques de demain	16 au 18 février 2007 Victoria (Colombie-Britannique) http://vchinfo.ca/	Conférence internationale axée sur les technologies de l'information et sur les communications dans le domaine de la santé
Une population vieillissante : Les soins de santé du grand âge en transition	21 au 23 mars 2007 Edmonton (Alberta) http://www.spaafest.ca/VenueAndExpos/The_Greying_Nation_Conference.htm	Réflexion pour déterminer en quoi le secteur de la santé peut s'adapter aux besoins changeants d'une population vieillissante
Des soins de santé axés sur la famille—Parents et professionnels font équipe	29 avril au 1 ^{er} mai 2007 Calgary (Alberta) http://www.familycare.ca/press/111Background.htm	Comment regrouper les parents, les professionnels, les responsables des politiques et les chercheurs autour d'une définition commune des soins axés sur la famille
19 ^e Conférence mondiale sur la promotion et l'éducation en santé—La promotion de la santé en pleine maturité : Recherche, politiques et pratiques pour le 21 ^e siècle	11 au 15 juin 2007 Vancouver (Colombie-Britannique) http://www.who.int/promotion/2007/index.html	Examen et réévaluation critique du progrès accompli en promotion de la santé depuis l'adoption de la <i>Charte d'Ottawa</i> et engagement de nouvelles mesures pour relever les défis dans un contexte de plus en plus mondialisé